

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



TRABAJO DE GRADO
FACTORES RELACIONADOS CON INFECCIONES VAGINALES EN MUJERES DE
25 A 35 AÑOS EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LA
HACHADURA, AHUACHAPÁN, DE FEBRERO A JULIO DE 2019

**PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR(A) EN MEDICINA**

PRESENTADO POR
RAFAEL JOSÉ GÁLVEZ ZECEÑA
ÁLVARO ENRIQUE TORRES ALEGRÍA
ANA MARÍA TRUJILLO INTERIANO

DOCENTE ASESOR
DOCTORA SANDRA PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL

OCTUBRE, 2019
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES



M. Sc. ROGER ARMARND O ARIAS ALVARADO

RECTOR

DR. RAUL ERNESTO AZCÚNAGA LÓPEZ

VICERRECTOR ACADÉMICO

ING. JUAN ROSA QUINTANILLA QUINTANILLA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO GENERAL

LICDO. LUIS ANTONIO MEJÍA LIPE

DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS

LIC. RAFAEL HUMBERTO PEÑA MARÍN

FISCAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

AUTORIDADES



M.Ed. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS

DECANO

M.Ed. RINA CLARIBEL BOLAÑOS DE ZOMETA

VICE DECANO

LICDO. JAIME ERNESTO SERMEÑO DE LA PEÑA

SECRETARIO

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODO PODEROSO

Por la oportunidad de culminar con éxito nuestros estudios y darnos la oportunidad de tener una de las satisfacciones más grandes en nuestras vidas de coronar un nuevo grado académico.

A NUESTROS PADRES

Por brindarnos siempre su ayuda y depositar en nosotros su confianza por apoyarnos a lo largo de este difícil y satisfactorio camino acompañándonos en nuestros éxitos, fracasos y frustraciones por sus sacrificios para no dejarnos renunciar a nuestros sueños.

A NUESTROS AMIGOS

Por su comprensión, apoyo y consejos en los momentos más apropiados y siempre estar ahí para lo que necesitábamos.

A NUESTROS MAESTROS

Por concedernos la dicha de ser sus alumnos, por su paciencia y tolerancia, gracias por brindarnos un poco de lo mucho que saben por sus exigencias y experiencias que nos ayudaron a formarnos como buenos profesionales.

A NUESTRA ASESORA

Por su paciencia, tolerancia por brindarnos sus conocimientos y además de eso su apoyo en todo lo necesario además de todos eso su invaluable amistad.

A NUESTROS PACIENTES

Quienes fueron y seguirán siendo un libro abierto a nuevos conocimientos, gracias por ayudarnos a ser empáticos y forjar una calidad humana.

Finalmente gracias a aquellas personas que de una u otra manera formaron parte de esta etapa de nuestras vidas que dejaron huella para que nosotros pudiéramos lograr lo que ahora somos.

GRACIAS.

ÍNDICE

Resumen ejecutivo	viii
Introducción	ix
Capítulo I	11
1.1 Objetivos	12
1.1.1Objetivo general	12
1.1.2Objetivo específico12	12
1.2 Antecedentes del problema	13
1.3 Planteamiento del problema	16
1.4 Justificación	18
1.5 Resultados esperados	20
Capítulo II	21
2.1 Anatomía del aparato reproductor	22
2.2 Flora vaginal normal	27
2.3 Microorganismos patógenos que causan vaginitis	29
2.4 Infecciones vaginales en La Hachadura	40
Capítulo III	41
3.1 Tipo de estudio	42
3.2Dimensión geográfica	42
3.3 Dimensión temporal.....	42
3.4 Universo	43
3.5 Muestra	43
3.6 Instrumento de recolección de datos	45
3.7 Trabajo de campo.....	45

3.8 Plan de trabajo y análisis de datos	46
Matriz de variables.....	47
Capítulo IV	48
Conclusiones	81
Recomendaciones	83
Cronograma de actividades	84
Bibliografía.....	85
Anexos.....	87

RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se ha realizado con el objetivo de conocer los factores relacionados con la presencia de infecciones vaginales en mujeres entre los 25 a los 35 años que consultan en la UCSF La Hachadura, conocer el perfil epidemiológico de las mujeres, las infecciones más frecuentes y los factores que se relacionan con éstas. Se ha realizado un estudio descriptivo que pretende determinar los factores relacionados con las infecciones vaginales en las mujeres previamente descritas, además de ser un estudio transversal por llevarse a cabo en una línea de tiempo que comprende de febrero a julio de 2019.

Los resultados demuestran que las mujeres que consultan por infecciones rondan entre los 25 a 30 años, la mayoría cuentan con algún grado de alfabetización y la mayoría tienen una pareja de forma estable; el promedio de hijos son 3 y la gran mayoría no padece de enfermedades crónicas concomitantes que predispongan a padecer infecciones vaginales. En cuanto a la planificación familiar la mayoría si utiliza algún método de planificación. Entre otros datos más o menos la mitad han presentado infecciones previas que han recibido tratamiento previo. Y los hábitos higiénicos como el baño diario y la limpieza de los genitales son factores que predisponen a infecciones, además del uso de ropa interior no adecuada que también predisponen a que se desarrolle una infección vaginal. En cuanto al examen físico realizado la infección más frecuente encontrada es candidiasis vaginal por sus características que se relacionan a los hallazgos observados.

INTRODUCCIÓN

La flora vaginal de una mujer sana, asintomática y en su período fértil comprende una cantidad diversa de microorganismos aerobios, aerobios facultativos y anaerobios obligados. De éstos los anaerobios predominan en una proporción de 10 a 1 sobre los aerobios, estas bacterias mantiene una relación equilibrada con el hospedador y sufren modificaciones de acuerdo al ambiente en el que se encuentran. Estos microorganismos se adaptan a su medio ambiente para cubrir sus necesidades para subsistir y de alguna forma protegerse de la destrucción del cuerpo humano contra microorganismos que causan infección.

Dentro de este ecosistema vaginal, sus habitantes, en este caso los microorganismos que conforman la flora, producen diversas sustancias como ácido láctico, peróxidos, entre otros; que inhiben el crecimiento de otros microorganismos que no forman parte de este ecosistema. Los cambios en los elementos de esta ecología modifican la presencia de diversas bacterias. Lo que da como resultado crecimiento desequilibrado en la relación normal entre aerobios y anaerobios, o crecimiento de microorganismos ajenos a la microbiota vaginal, es ahí donde se generan la mayor parte de infecciones vaginales, en ese momento en el que se pierde el equilibrio y se da la colonización de otros microorganismos para causar una infección vaginal.

Estos cambios pueden deberse a las diferentes etapas del ciclo menstrual por las que pasa una mujer en edad fértil, factores hormonales, factores de estrés emocional y muchos otros más relacionados con el funcionamiento del organismo, pero otra parte importante que predispone al desarrollo de estas infecciones son factores externos a estos cambios fisiológicos, los factores ambientales, higienicos, las costumbres de cada mujer, sus hábitos, su educación, el uso de métodos de planificación familiar hormonales o de barrera, su actividad sexual y muchos otros factores.

Estos factores no relacionados con el proceso fisiológico del ciclo menstrual y que causan cambios en la flora de la vagina son los que se pretenden estudiar y exponer en la presente investigación, como estos factores externos a la mujer son los que aumentan el riesgo de presentar una infección vaginal; cuales son verdaderamente

estos factores que provocan un desequilibrio en la flora normal y en su función de eliminar los microorganismos patógenos.

En el primer capítulo se incluyen los objetivos, antecedentes de la investigación, así como el planteamiento del problema y la justificación de la investigación. El capítulo dos comprende la base teórica de la investigación. En el capítulo 3 se incluye todo lo contenido en el diseño metodológico de la investigación. El capítulo cuatro presenta el análisis y resultado de la investigación realizada.

Capítulo I

OBJETIVOS

Objetivos General.

- Identificar los factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapan, de Febrero a Julio de 2019

Objetivos Específicos.

- Determinar las características sociodemográficas de las pacientes de 25 a 35 años con infecciones vaginales de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapan.
- Conocer las infecciones vaginales más frecuentes en las mujeres de 25 a 35 años De la Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapan.
- Identificar los factores relacionados con las infecciones vaginales en las mujeres de 25 a 35 años De la Unidad Comunitaria de Salud Familiar, La Hachadura, Ahuachapan.

ANTECEDENTES

Desde un principio las infecciones vaginales han sido de las principales causas de consulta entre la población femenina; por lo cual es un problema de salud pública a nivel mundial, ha sido investigado en múltiples ocasiones con el fin de determinar las causas, factores determinantes e incidencia.

A nivel Latinoamericano se encuentran los siguientes estudios:

PREVALENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA, CANDIDIASIS, TRICOMONIASIS Y FACTORES ASOCIADOS EN DOS HOSPITALES DE APARTADO Y RIONEGRO-ANTIOQUIA 2014. Población del estudio: 6447 muestras de mujeres que asistieron al servicio de citología en el hospital de Apartadó con 3,762 registros y el hospital de Rionegro con 2,685 registros. La prevalencia de vaginosis bacteriana fue del 29,9%, candidiasis del 10,7% y tricomoniasis del 3,2%. No se observaron diferencias significativas entre los municipios ni asociación estadísticamente significativa con ninguno de los factores de riesgo estudiados. El comportamiento de VB, cándida y tricomona fue muy similar al reportado en otras investigaciones y no se encontraron diferencias entre los municipios estudiados, a pesar de las diferencias en los contextos socioeconómicos y culturales.

Factores asociados vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil – Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz – 2014. Realizándose la contrastación de hipótesis mediante la prueba de Chi - cuadrado. Resultados: Los factores demográficos: Edad de 25 a 34 años 60,5% ($p < 0,05$), estado civil conviviente 50,3% ($p < 0,05$). Factores personales: Grado de instrucción nivel secundario 63,5% ($p < 0,05$), edad de inicio de relaciones sexuales de 16 a 24 años 65,9% ($p < 0,05$) y número de parejas sexuales 3-4 56,3% ($p < 0,05$). Factores biológicos: Ciclo menstrual irregular 65,9 ($p > 0,05$) y factores ambientales: Método anticonceptivo hormonal 46,7% ($p < 0,05$). Se concluyó que los factores demográficos, personales, biológicos y ambientales estuvieron

asociados a vaginosis bacteriana en mujeres en edad fértil, Hospital Víctor Ramos Guardia

Infecciones vaginales más frecuentes y tipos de microorganismos en mujeres en edad fértil atendidas en la Clínica San Martín - Tarapoto. Junio 2012- mayo 2013. La población estuvo constituida por el total de mujeres en edad fértil con diagnóstico de infección vaginal atendidas en el periodo señalado, que sumaron 190 en total. El cálculo de la muestra arrojó 96 mujeres en edad fértil con diagnóstico de infección vaginal y fue seleccionada mediante procedimientos probabilísticos, empleando la selección aleatoria simple y el principio de la probabilidad, del total de historias clínicas de nuestra población de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión. . El cultivo de secreción vaginal para diagnóstico de agente infeccioso reportó prevalencia de 57,3% para vaginitis bacteriana y 42,7% para hongos; evidenciándose como agente etiológico de mayor prevalencia 39,6% para gardnerella vaginalis y 30,2% cándida spp. El diagnóstico final reportó 46,9% de vaginosis bacteriana, 36,5% vaginitis mixta y 16,7% para vaginitis por hongo.

Se encuentran muchos más estudios a nivel Latinoamericano, pero se centran en grupos de riesgo o comprenden otras edades.

Dentro de las investigaciones realizadas en El Salvador; se presentan:

PREVALENCIA DE VAGINOSIS BACTERIANA Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS: EL INICIO TEMPRANO DE RELACIONES SEXUALES Y NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES, EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL DE 15 A 49 AÑOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD SAN PABLO DEL LAGO DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2013. Se incluyeron 100 casos con Vaginosis Bacteriana y 100 controles sin Vaginosis Bacteriana, mujeres en edad fértil de 15 a 49 años, con vida sexual. Resultados: las mujeres con Vaginosis Bacteriana el 66% iniciaron tempranamente relaciones sexuales, con un Chi² de 0,003 y un OR 2,4 y el 60% tuvieron más de una pareja sexual con un Chi² de 0,024 y un OR de 1,9 con una confianza estadística del 95%. Conclusiones: Los factores de riesgo como el

inicio temprano de relaciones sexuales y el tener más de una pareja sexual están asociados a la presencia de Vaginosis Bacteriana

VAGINOSIS BACTERIANA EN MUJERES DE EDAD FERTIL, QUE CONSULTAN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR CANTÓN EL NIÑO, SAN MIGUEL Y TROMPINA, SOCIEDAD, MORAZÁN. EN EL PERIODO DE OCTUBRE A NOVIEMBRE DE 2012. Se investigó la presencia de vaginitis y/o vaginosis bacteriana en mujeres de edad fértil y se identificaron hábitos sexuales de riesgo predisponentes para estas patologías. la población muestreada fue de 174 pacientes provenientes del área rural, los criterios de inclusión fueron pacientes femeninas voluntarias de 10 a 49 años de edad, vivir en el área geográfica de influencia de las unidades de salud en estudio y los criterios de exclusión: mujeres gestantes, o durante el periodo menstrual y enfermedades co-morbidas. Resultados: En base al reporte citológico cervico-vaginales el resultado considerado según orden de frecuencia, la vaginitis inespecífica(39.08%) la Vaginosis bacteriana (20.11%), la candidiasis (9.77%), vaginitis atrófica (5.17%) y a tricomoniasis (1.15%). Las características sociodemográficas que presentan con frecuencia las mujeres son la baja escolaridad 21% y la procedencia rural 100% ya que existe poca accesibilidad a la educación. Los hábitos sexuales que predisponen a las mujeres a infección son la práctica sexual vaginal el 41% que con mayor frecuencia presentan infección vaginal, el número de compañeros sexuales, uso inadecuado del preservativo 43% , el aseo genital posterior al coito 81%, queda claro que es de suma importancia aumentar estudios específicos para determinar el agente causal de vaginitis inespecíficas que es la más frecuente que se obtiene al tomar estudio citológicos cervico-vaginales.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuerpo humano es un complejo ecosistema formado por 10% células humanas y 90% de microorganismos. Estos dos componentes trabajan de forma integrada para permitir el funcionamiento de los sistemas del cuerpo. En la región de la vagina también existe este ecosistema integrado por microorganismos que tienen sus funciones establecidas de protección. Las infecciones vaginales son una consecuencia del desbalance de este delicado y complejo equilibrio, se ha identificado como una de las causas más comunes de consulta ginecológica en la mujer en edad reproductiva; y tiene una mayor incidencia en mujeres embarazadas. Esta es considerada en este último grupo un factor de riesgo para parto prematuro.

Estas infecciones de la región vaginal en la mujer a consecuencia del desequilibrio del ecosistema vaginal se ven favorecidas por diversos factores entre los cuales cabe destacar: deficiente higiene génito-anal, nueva o múltiples parejas sexuales, independiente del número de coitos, baños en piscinas y tinas, embarazo, diabetes, parasitosis, incontinencia urinaria o fecal, estrés, malformaciones congénitas del tracto genital, uso frecuente de antibióticos, hormonas, preparaciones contraceptivas de uso oral o tópico, medicación vaginal, deficiencia inmunológica, uso ropa ajustada, técnicas de rasurado, uso de duchas vaginales, nivel de estudio académico, religión, etc.

Estos factores que pueden favorecer las infecciones son los que se estudiaron en esta investigación, ya que las infecciones vaginales afectan del 20 al 62% de las mujeres en edad reproductiva. Factores tales como el uso de un tipo de jabón de ducha, o tipo de ropa interior se consideran de gran importancia en el desarrollo de infecciones vaginales.

Tomando en cuenta que la edad en que la fertilidad de una mujer alcanza su mayor potencial entre los 25 a 35 años de edad se ha tomado ese intervalo de edad para el

estudio que se realizó con las mujeres que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar La hachadura en ahuachapan.

Es de suma importancia el estudio de este tema de salud de la mujer por la frecuente consulta de las pacientes femeninas en la unidad de salud de La hachadura, una gran cantidad de mujeres consultan por este problema, día a día se acercan usuarias a los centros de salud a consultar por problemas de su aparato reproductor a pesar de ser un tema de mucha vergüenza y el temor a ser juzgadas, algunas lo hacen por molestias personales y otra gran cantidad de usuarias consultan por problemas con sus parejas. Y el municipio de la Hachadura no es la excepción.

Por eso la importancia de investigar los factores relacionados con las infecciones vaginales y definir cuáles son estos, cuales son verdaderamente factores que si aumentan el riesgo de infecciones vaginales y cuáles pueden ser factores clave que las mujeres pueden cambiar o mejorar para minimizar la cantidad de infecciones vaginales.

JUSTIFICACIÓN

Con el lanzamiento de nuevos y diversos programas de la atención en salud para las mujeres a nivel nacional y la ampliación en la cobertura de los servicios de salud para las mujeres, han salido a la luz las patologías que más afectan a las mujeres en nuestro país, una gran cantidad de éstas son enfermedades crónicas no transmisibles, otras de carácter maligno, pero la gran mayoría son enfermedades infecciosas y altamente contagiosas. Las infecciones del tracto respiratorio, las del sistema digestivo, de la piel, etc. un espectro amplio de todos los sistemas del cuerpo, pero también una gran cantidad de estas infecciones son del aparato reproductor, en específico de la vagina, la parte del cuerpo de una mujer que le da su identidad sexual, ese canal de comunicación entre su aparato reproductor y el exterior, esa parte muy importante que en muchas ocasiones también sufre de enfermedades infecciosas que pueden ser transmisibles.

Las infecciones vaginales son una alteración en el equilibrio de la microbiota vaginal, La Organización Mundial de la Salud considera las infecciones vaginales como uno de los problemas de salud pública, más comunes en todo el mundo. En EL Salvador también es una de las enfermedades infecciosas muy frecuente en el primer nivel de atención de salud.

Las tasas más altas de infecciones genitales en El Salvador corresponden a la infección por *Trichomonas vaginalis*, en donde le corresponde el 67.7% de los casos según un estudio de 2016, en segundo lugar infecciones fúngicas por especies de *Candida* con un 39%, en mujeres en edad fértil y que consultan por cambios en el volumen de flujo vaginal, por cambios en el olor del flujo, por prurito intenso en la región genital, dispareunia y dolor pélvico.

Por lo expuesto anteriormente se ha considerado el problema de las infecciones vaginales como un tema de suma importancia médica, no solo por la frecuencia con la que se presentan las infecciones, si no por los problemas que acarrea esta situación

a las mujeres con esta patología, además de que al ser una infección del área genital muchas mujeres desarrollan dudas y temores para consultar por ser temas que generan mucho mitos y tabúes a su alrededor, además que al ser mujeres en edad fértil estas infecciones generan un factor de riesgo en algún momento para la mujer que desea un embarazo.

En esta investigación radica la importancia de descubrir los factores relacionados con el apareamiento de infecciones vaginales, no solo para evitar la infección sino también para mejorar la atención a las pacientes femeninas con dicho problema, para brindar una mejor consejería, que las mujeres estén informadas de que cambios deben hacer para prevenir las infecciones y también es de importancia para el personal médico que brinda la consulta ya que son los encargados de diagnosticar a la paciente y de proporcionarle la educación en salud adecuada, basada en una investigación.

Además se pretende que esta investigación sienta un precedente en el centro de salud para que futuros médicos puedan tomarla como base para nuevas investigaciones y se abra una puerta de nuevos conocimientos. No solo en esa unidad de salud sino también al municipio en general, y que con el tiempo se pueda también difundir a nivel nacional. Ya que es problema de interés nacional.

RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Con la presente investigación sobre los factores relacionados con las infecciones vaginales se pretende conocer en primera instancia el perfil epidemiológico de las mujeres que consultan por esta patología en la unidad comunitaria de salud familiar, es decir las características de éstas la edad, en que trabajan, el número de parejas sexuales, sus hábitos de higiene, su estilo de vida, es decir conocer la población que se estará investigando.
- ✓ También es importante conocer los signos y síntomas por lo que las usuarias consultan con más frecuencia, que es lo que a ellas les llama su atención para consultar por una infección vaginal, en que momento deciden consultar.
- ✓ Y más importante que lo descrito se espera reconocer cuales son los factores que principalmente tienen una relación directa con el apareamiento de infecciones vaginales en la población femenina de la unidad comunitaria de salud familiar de La Hachadura, cuales con estos factores que determinan el apareamiento de una infección, cuales verdaderamente se ligan con esta patología.
- ✓ Además de todo esto se pretende brindar una mejor educación en salud para la mujer, no solo es importante el saber tratar las infecciones si no prevenirlas, y mediante esta investigación se espera se puedan encontrar estos factores y brindar a la usuaria la mejor consejería posible y que ellas pongan en práctica lo aprendido y puedan difundir esta información.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1 Anatomía del Aparato reproductor femenino

Vulva, Monte de Venus, labios mayores y clítoris

La región *pudenda*, por lo general conocida como vulva, incluye todas las estructuras externas visibles desde la sínfisis del pubis hasta el cuerpo perineal; éste incluye el monte de Venus, los labios mayores y los menores, el clítoris, el himen, el vestíbulo, la abertura uretral y las glándulas vestibulares mayores o de Bartholin, las glándulas vestibulares menores y las parauretrales. En las mujeres, el vello corporal se distribuye de forma triangular, con la base formada por el borde superior de la sínfisis del pubis, cuyo extremo termina en el clítoris. La superficie externa de los labios mayores está cubierta por vello corporal, en tanto en su cara interna no lo presentan. Además hay abundancia de glándulas apocrinas, ecrinas y sebáceas.

Bajo la piel, se encuentra una capa de tejido conjuntivo denso casi carente de elementos musculares, pero rica en fibras elásticas y tejido adiposo. Esa masa grasa provee volumen a los labios mayores y cuenta con un rico plexo venoso. Los labios menores son pliegues delgados de tejido que yacen en ubicación interna respecto de cada labio mayor. Los labios menores se extienden hacia arriba donde se dividen en dos láminas, cuyo par inferior se une para constituir el frenillo del clítoris y el superior protruye para formar el *prepuccio*. En la parte inferior, los labios menores se extienden hasta acercarse a la línea media como pliegues pronunciados de tejido que se unen para formar la horquilla. El tamaño de los labios menores varía mucho de una persona a otra, con longitud de 2 a 10 cm y anchura de 1 a 5 cm.

Desde el punto de vista estructural, los labios menores están constituidos por tejido conjuntivo, con muchos vasos sanguíneos, fibras de elastina y algunas fibras de músculo liso; están inervados por una variedad de terminaciones nerviosas extremadamente sensibles. El epitelio de los labios menores varía de acuerdo con la localización. La cara externa de cada labio se encuentra cubierta por epitelio

pavimentoso estratificado queratinizado. La porción lateral de su cara interna posee un revestimiento de ese mismo epitelio hasta una línea de demarcación, la *línea de Hart*. En ubicación interna a esa línea, cada labio es cubierto por epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado. Los labios menores carecen de folículos pilosos, glándulas ecrinas y apocrinas. Sin embargo, hay muchas glándulas sebáceas.

El clítoris es el principal órgano erógeno femenino, homólogo eréctil del pene. Se ubica detrás del prepucio y arriba del frenillo y la uretra; se proyecta de arriba hacia abajo en dirección de la abertura vaginal. El clítoris rara vez rebasa 2 cm de longitud; está constituido por un glande, un cuerpo y dos bases. El glande, que suele tener menos de 0.5 cm de diámetro, está cubierto por epitelio pavimentoso estratificado, innervado de forma profusa. El cuerpo del clítoris contiene dos cuerpos cavernosos. Con extensión desde el cuerpo del clítoris, cada cuerpo cavernoso diverge en dirección lateral para formar las estrechas y largas bases que yacen bajo la cara inferior de las ramas isquiopúbicas y en ubicación profunda respecto de los músculos isquiocavernosos. El suministro sanguíneo del clítoris se deriva de las ramas de la arteria pudenda interna. En específico, la arteria profunda del clítoris inerva el cuerpo del clítoris, mientras que la arteria dorsal del mismo inerva el glande y el prepucio.

Vestíbulo

Este es una estructura femenina funcionalmente madura derivada de la membrana urogenital del embrión. En las mujeres adultas se trata de una región con forma de almendra, limitada a los lados por la línea de Hart, en la línea media por la cara externa del himen y en la parte anterior por el frenillo del clítoris u en la posterior por la horquilla. El vestíbulo suele ser perforado por 6 aberturas: la uretra, la vagina, los dos conductos de las glándulas de Bartholin y, en ocasiones, los dos conductos de las glándulas parauretrales más grandes, las de Skene. La porción posterior del vestíbulo entre la horquilla y la abertura vaginal se denomina *fosa navicular*, la cual suele distinguirse sólo en mujeres nulíparas.

El par de *glándulas de Bartholin*, también llamadas glándulas vestibulares mayores, corresponde a las principales glándulas, las cuales miden de 0.5 a 1 cm de diámetro, yacen por debajo de los bulbos vestibulares y en ubicación profunda respecto de los extremos inferiores de los músculos bulbocavernosos, a cada lado de la abertura vaginal. Sus conductos tienen 1.5 a 2 cm de longitud y se abren en ubicación distal al anillo inguinal a las cinco y siete del cuadrante. Después de traumatismos o infecciones, algunos de esos conductos se pueden inflamar y obstruir para así constituir un quiste o, en caso de infección, un absceso.

Las *glándulas parauretrales* constituyen de manera colectiva una ramificación arbórea cuyos conductos se abren de modo predominante a lo largo de la cara inferior de la uretra. Las dos más grandes se llaman *glándulas de Skene* y sus conductos por lo general se abren distalmente cerca del meato uretral. La inflamación y la obstrucción del conducto de cualquiera de las glándulas parauretrales pueden dar lugar a la formación de un divertículo uretral. Las *glándulas vestibulares menores* son poco profundas, revestidas por epitelio cilíndrico simple, secretor de mucina, y que se abren a lo largo de la línea de Hart.

Las dos terceras partes inferiores de la uretra yacen inmediatamente por arriba de la pared vaginal anterior. La abertura o el meato uretral se encuentra en la línea media del vestíbulo, 1 a 1.5 cm por detrás del arco del pubis y, a corta distancia, por arriba de la abertura vaginal.

Abertura vaginal e himen

La abertura vaginal es bordeada en sentido distal por el himen o sus restos. En la mujer adulta, el himen es una membrana de espesor variable que rodea a la abertura vaginal de manera más o menos completa. Aquél está constituido principalmente por tejido conjuntivo elástico y colágeno, y sus caras externa e interna están cubiertas por epitelio plano estratificado. La abertura del himen aumenta de diámetro desde aquel que corresponde a la punta de un alfiler hasta otro que permite el ingreso de la punta

de uno o incluso dos dedos. En las embarazadas, el epitelio del himen es grueso y su tejido es rico en glucógeno. Los cambios generados en el himen por el parto suelen ser fáciles de reconocer. Con el paso del tiempo, el himen es sustituido por varios nódulos de diversos tamaños, también llamados *carúnculas himeneales*.

Vagina

Esta estructura musculomembranosa se extiende desde la vulva hasta el útero y está interpuesta entre la vejiga y el recto, por delante y atrás, respectivamente. Su porción superior proviene de los conductos de Müller y la inferior se forma a partir del seno urogenital. En la parte anterior la vagina, está separada de la vejiga y la uretra por tejido conjuntivo, el *tabique vesicovaginal*. En la parte posterior, entre la porción inferior de la vagina y el recto, hay tejidos similares que juntos constituyen el *tabique rectovaginal*. La cuarta parte más alta de la vagina está separada del recto por el *fondo de saco rectouterino*, el llamado *fondo de saco de Douglas*.

De modo normal, las paredes vaginales anterior y posterior yacen en contacto con sólo un espacio poco profundo entre sus bordes laterales. La longitud vaginal varía de manera considerable, pero en general sus paredes anterior y posterior tienen 6 a 8 y 7 a 10 cm de longitud, respectivamente. En la porción media de la vagina, las paredes laterales se unen a las paredes pélvicas mediante tejido conjuntivo visceral. Estas inserciones laterales se fijan en las aponeurosis que rodean a los músculos elevadores del ano. Al hacerlo, crean los *surcos vaginales* lateral anterior y posterior, que transcurren a lo largo de las paredes laterales de la vagina y le dan una forma de H cuando se observa en corte transversal. Se encuentran numerosos puentes transversos delgados, conocidos como *arrugas*, a todo lo largo de las paredes vaginales anterior y posterior.

Histología

El revestimiento vaginal está constituido por epitelio plano estratificado no queratinizado y una lámina propia subyacente. Por debajo se encuentra una capa

muscular formada por músculo liso, colágena y elastina. Bajo esa capa muscular, se halla una capa adventicia, formada por colágena y elastina. No se observan glándulas vaginales. En su lugar, la vagina es lubricada por un trasudado que se origina en el plexo capilar subepitelial vaginal y atraviesa la permeable capa epitelial. Debido a la mayor vascularidad durante el embarazo, las secreciones vaginales aumentan de manera notable.

Después del parto, en ocasiones se encuentran fragmentos de epitelio estratificado incrustados debajo de la superficie vaginal. A semejanza de su tejido de origen, ese epitelio oculto continúa descamando células degeneradas y queratina. Como resultado, quizá se formen *quistes de inclusión epidérmica*, llenos de detritos de queratina.

ÓRGANOS REPRODUCTORES INTERNOS

Útero

El útero se sitúa en la cavidad pélvica, entre la vejiga por delante y el recto por detrás. Casi toda la pared posterior del útero está cubierta por serosa, que corresponde al peritoneo visceral. La porción inferior de ese peritoneo forma el límite anterior del *fondo de saco rectouterino* o *de Douglas*. Sólo la porción superior de la pared anterior del útero está cubierta así. El peritoneo de esa región se refleja hacia delante en dirección de la cúpula vesical para originar el *fondo de saco vesicouterino*. La porción inferior de la pared uterina anterior se une a la pared posterior de la vejiga por una bien definida capa de tejido conjuntivo laxo, el *espacio vesicouterino*.

Trompas de Falopio

Son extensiones tubulares provenientes del útero que varían en longitud de 8 a 14 cm y cada una se divide en sus porciones intersticial, ístmica, ampollar e infundibular. La *porción intersticial* está incluida en la pared muscular del útero. El *istmo*, o región estrecha de la trompa, que se une al útero, se convierte de manera gradual en la

porción lateral más amplia o *ampolla*. El *infundíbulo* o extremidad fimbriada corresponde a la abertura en forma de embudo del extremo distal de la trompa de Falopio. La trompa de Falopio varía de modo considerable de espesor. La zona más estrecha del istmo tiene de 2 a 3 mm de diámetro y mide 5 a 8 mm la más amplia.

Ovarios

Los ovarios varían de tamaño de manera considerable cuando son comparados entre sí, así como entre mujeres. Durante los años de procreación miden 2.5 a 5 cm de longitud, 1.5 a 3 cm de ancho y 0.6 a 1.5 cm de espesor. Su posición también varía, pero suelen yacer en la parte alta de la cavidad pélvica sobre una depresión leve de la pared lateral de la pelvis o *fosa ovárica de Waldeyer*, entre los divergentes vasos iliacos externos e internos.

2.2 Flora Vaginal Normal

La flora vaginal de una mujer sana, asintomática y en edad fértil comprende diversos microorganismos aerobios, aerobios facultativos y anaerobios obligados. De éstos, los anaerobios predominan sobre los aerobios en una proporción aproximada de 10 a 1. Estas bacterias mantienen una relación simbiótica con el hospedador y se modifican según el microambiente. Se localizan en lugares donde se cubren sus necesidades para subsistir y están exentas de los mecanismos destructores que previenen infecciones en el hospedador humano. Aún se desconocen la función y la razón de la colonización bacteriana de la vagina.

Dentro de este ecosistema vaginal, algunos microorganismos producen sustancias como ácido láctico y peróxido de hidrógeno que inhiben a los microorganismos que no son parte de la flora normal. Además, otros compuestos antibacterianos, llamados *bacteriocinas*, tienen una función similar y comprenden péptidos como la acidocina y la lactacina. Asimismo, diversos tipos de bacterias producen factores proteínicos de adherencia y se fijan a las células del epitelio vaginal.

Como protección en contra de muchas de estas sustancias tóxicas, la vagina secreta inhibidor de la proteasa leucocítica. Esta proteína protege a los tejidos locales de

productos inflamatorios tóxicos e infecciones. Ciertas especies bacterianas que por lo normal forman parte de la flora bacteriana tienen acceso al aparato reproductor superior.

Muchos estudios muestran que el aparato reproductor femenino superior no es estéril, pero la presencia de estas bacterias no indica infección activa. En conjunto, estos hallazgos ilustran la posibilidad de desarrollar una infección después de una operación ginecológica y la necesidad de implementar profilaxis con antibióticos.

pH vaginal

Por lo general, el pH vaginal varía entre 4 y 4.5. Aunque no se sabe con precisión, se cree que es resultado de la producción de ácido láctico, ácidos grasos y otros ácidos orgánicos por bacterias del género *Lactobacillus*. Además, la fermentación de aminoácidos por parte de las bacterias anaerobias tiene como resultado la producción de ácidos orgánicos, al igual que el catabolismo bacteriano de proteínas. El glucógeno contenido en la mucosa vaginal sana proporciona nutrientes para muchas bacterias en el ecosistema vaginal y es metabolizado en ácido láctico. De esta manera, conforme el contenido de glucógeno dentro de las células epiteliales vaginales disminuye después de la menopausia, la reducción de este sustrato para la producción de ácido provoca una elevación del pH vaginal.

Cambios en la flora

Los cambios en los elementos de esta ecología modifican la prevalencia de diversas bacterias. Por ejemplo, en las mujeres posmenopáusicas que no reciben estrógenos y en las niñas jóvenes, la prevalencia de *Lactobacillus* es menor que en las mujeres en edad fértil.

Otros fenómenos modifican de manera predecible la flora del aparato reproductor inferior y pueden causar infecciones. El ciclo menstrual produce cambios en la flora; predominan en los primeros días y se presume que se relacionan con los cambios

hormonales. También es posible que el flujo menstrual sirva como fuente de nutrientes para varias especies bacterianas, lo que permite su crecimiento excesivo. No se conoce con certeza el papel que esto tiene en el desarrollo de infecciones del aparato reproductor superior, pero es probable que exista una relación.

Por ejemplo, las mujeres sintomáticas con infección gonocócica aguda de la parte superior del aparato reproductor casi siempre están menstruando o se encuentran en fase proliferativa temprana. Se desconoce el papel exacto que tiene la abertura del conducto cervical en esta etapa del ciclo. Por último, el tratamiento con un antibiótico de amplio espectro puede causar síntomas atribuidos a inflamación por *Candida albicans* u otros organismos de este género, debido a que erradican otras especies de la flora.

La histerectomía con extirpación del cuello uterino modifica la flora de la parte inferior del aparato reproductor, con o sin administración profiláctica de antibióticos. Durante el periodo posoperatorio se cultivan diversas bacterias anaerobias de la vagina, aunque aumenta en particular la prevalencia de *Bacteroides fragilis*. En cuanto a las bacterias aerobias, se observa un incremento de la prevalencia de *Escherichia coli* y de especies de *Enterococcus*. Estos tres tipos de bacterias a menudo se observan en los cultivos vaginales obtenidos de mujeres con infecciones pélvicas después de una histerectomía, sin embargo ocurren fenómenos similares en los cultivos vaginales obtenidos después de una histerectomía en pacientes asintomáticas.

2.3 Microorganismos Patógenos Que Causan Vaginitis Contagiosa

El término vaginitis es el diagnóstico que se establece en las mujeres que manifiestan secreción vaginal anormal con sensación urente, irritación o prurito vulvar. Es una de las razones más comunes por las que las mujeres solicitan una consulta con el ginecólogo (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2008b). Las causas principales de secreción vaginal sintomática son vaginosis bacteriana, candidiasis y tricomonosis. No se establece el diagnóstico definitivo en 7 a 70% de las mujeres con secreción vaginal (Anderson, 2004). Cuando no existe una infección evidente, no se

debe iniciar un tratamiento. En estos casos es necesario tranquilizar a las pacientes, pues pueden surgir preocupaciones por contactos sexuales recientes. Es necesario y confortante descartar enfermedades de transmisión sexual. Cabe señalar que durante esta valoración, el médico debe realizar una anamnesis amplia sobre infecciones vaginales previas y su tratamiento; la duración de los síntomas; el uso de medicamentos que se venden sin receta que haya utilizado y cuándo; y los antecedentes menstruales y sexuales completos. Por lo general, el interrogatorio de los antecedentes sexuales incluye preguntas sobre la edad al momento del primer coito, la fecha de la actividad sexual más reciente, el número de parejas recientes y su género, el uso de condón, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual previas y el tipo de actividad sexual (anal, oral o vaginal). Además, deben explorarse de forma minuciosa la vulva, la vagina y el cuello uterino. Varias etiologías pueden identificarse en el consultorio mediante un examen microscópico de la secreción vaginal (Tabla 1). Primero puede inspeccionarse una preparación salina, ya descrita antes. Una “preparación con KOH” contiene una muestra de secreción mezclada con varias gotas de KOH al 10%. Es posible realizar una prueba olfativa para BV antes de colocar el cubreobjetos. El KOH produce edema osmótico y lisis de las células epidermoides. Esto aclara la imagen al microscopio y ayuda a identificar los brotes o las hifas de los hongos. Por último, el análisis del pH vaginal proporciona información adicional. Éste puede calcularse con tiras de papel reactivo para pH. Para obtener lecturas apropiadas, se presiona una tira reactiva contra la pared vaginal superior y se deja ahí unos cuantos segundos para que absorba líquido. Una vez que la tira se retira, se valora y se equipara con las gráficas de color en el estuche. Un dato importante es que la sangre y el semen son alcalinos y a menudo elevan el pH en forma artificial. Por desgracia, los análisis baratos no son tan precisos como el médico esperaría (Bornstein, 2001; Landers, 2004).

■ Vaginosis bacteriana (BV)

Este enigmático síndrome clínico frecuente y complejo refleja la presencia de flora vaginal anormal. Ha recibido diversos nombres como vaginitis por *Haemophilus*, por

Corynebacterium, por anaerobios o por Gardnerella y vaginitis inespecífica. Por razones desconocidas, la relación simbiótica de la flora vaginal cambia y aparece un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias como Gardnerella vaginalis, Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis y especies de Mobiluncus y de Prevotella. Además, la vaginosis bacteriana se acompaña de una reducción considerable o ausencia de lactobacilos que producen peróxido de hidrógeno. No se sabe si el ecosistema alterado provoca la desaparición de estos organismos o si la ausencia de ellos origina los cambios observados en la vaginosis bacteriana.

Factores de riesgo

Los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010b) no consideran que este trastorno sea una enfermedad de transmisión sexual (STD, sexually transmitted disease), puesto que se observa en mujeres que no han tenido relaciones sexuales con anterioridad. Sin embargo, muchos de los factores de riesgo se relacionan con esta actividad y en las mujeres que padecen esta enfermedad se ha observado un mayor riesgo de adquirir alguna STD (Tabla 1) (Atashili, 2008; Wiesenfeld, 2003). Asimismo, Bradshaw et al. (2006) sugieren que quizá la transmisión sexual participa en la fisiopatología de la vaginosis bacteriana recurrente. Son pocas las medidas que hay para la prevención de la vaginosis bacteriana, aunque es posible que la eliminación o la reducción de la frecuencia de las duchas vaginales sea de utilidad (Brotman, 2008; Klebanoff, 2010).

Tabla 1. FACTORES DE RIESGO PARA VAGINOSIS BACTERIANA

Sexo oral
Duchas vaginales
Raza negra
Tabaquismo
Actividad sexual durante la menstruación
Dispositivo intrauterino
Inicio de relaciones sexuales a edad temprana
Parejas sexuales nuevas o múltiples
Actividad sexual con otras mujeres

Diagnóstico

Algunos autores han publicado que la vaginosis bacteriana es la causa más común de síntomas vaginales en las consultas. De los síntomas, el más característico es una fétida secreción transvaginal no irritante, que no siempre aparece. La vagina no suele encontrarse eritematosa y el examen del cuello uterino no revela anomalías.

Amsel et al. (1983) fueron los primeros en describir los criterios para el diagnóstico clínico, que comprenden: 1) la valoración microscópica de una preparación en fresco de la secreción vaginal; 2) la medición del pH vaginal, y 3) la liberación de aminas volátiles producidas por el metabolismo anaerobio. Primero se coloca una preparación salina en un portaobjetos (también conocida como “preparación húmeda”), la cual contiene una muestra de secreción vaginal mezclada con gotas de solución salina. Las células guía constituyen los indicadores más confiables de vaginosis bacteriana y fueron descritos al inicio por Gardner y Dukes (1955) (*Ilustración 1*). Estas células del epitelio vaginal llevan numerosas bacterias adheridas, que crean un borde celular punteado poco definido. El valor positivo predictivo de esta prueba en cuanto a presencia de vaginosis bacteriana es de 95%. La adición de hidróxido de potasio al 10% (KOH) a una muestra fresca de secreción vaginal libera aminas volátiles con olor a pescado. Ésta se denomina prueba de liberación de aminas. El olor se manifiesta incluso sin el hidróxido de potasio. De igual forma, la alcalinidad del líquido seminal y la presencia de sangre acentúan el olor después del coito y con la menstruación. La presencia de células guía y una prueba de aminas positiva son patognomónicas, incluso en pacientes asintomáticas. De manera característica, en la vaginosis bacteriana el pH vaginal es >4.5 como consecuencia de la menor producción bacteriana de ácido. De la misma forma, la infección por *Trichomonas vaginalis* se acompaña de proliferación excesiva de microorganismos anaerobios y la producción de aminas. Por lo tanto, las mujeres con vaginosis bacteriana no deben tener evidencia microscópica de tricomonosis. El sistema de Calificación de Nugent se utiliza para diagnosticar vaginosis bacteriana (BV, bacterial vaginosis) mediante el examen microscópico de un frotis de la secreción vaginal teñido con técnica de Gram. Se usa sobre todo en estudios de investigación pero no en la práctica clínica; las calificaciones

se calculan valorando el predominio de tres tipos de morfología y tinción bacterianas: 1) bacilos gramnegativos grandes (*Lactobacillus* spp.), 2) bacilos pequeños con tinción de Gram variable (*G. vaginalis* o *Bacteroides* spp.) y 3) bacilos curvos con tinción de Gram variable (*Mobiluncus* spp.). Una calificación de 7 a 10 es consistente con vaginosis bacteriana. En las mujeres con vaginosis bacteriana se han observado varios eventos ginecológicos adversos como vaginitis, endometritis, endometritis posterior a un aborto, enfermedad pélvica inflamatoria (PID, pelvic inflammatory disease) no asociada a *Neisseria gonorrhoeae* o a *Chlamydia trachomatis* e infección pélvica aguda a continuación de una cirugía pélvica, en especial después de una histerectomía.

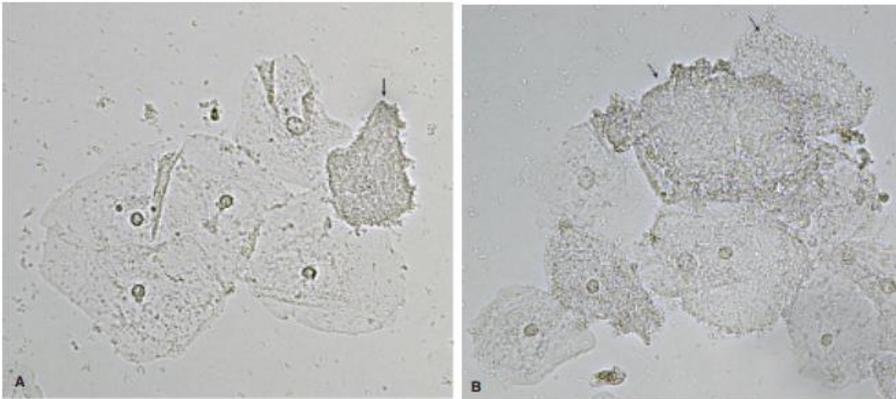


Ilustración 1. Fotografías de una preparación húmeda en solución salina que revelan células guía. A. Célula guía individual (flecha) entre célula. B. Varias de estas células escamosas están cubiertas por múltiples bacterias.

Tratamiento

En el año 2010 el equipo de trabajo sobre vaginosis bacteriana de los CDC propuso tres esquemas terapéuticos para mujeres no embarazadas (*Tabla 2*). Las alternativas incluyen 2 g de tinidazol por vía oral cada 24 h durante tres días, o 300 mg de clindamicina por vía oral cada 12 h durante siete días. El índice de curación con estos esquemas varía del 80 al 90% en una semana, pero en los siguientes tres meses, 30% de las mujeres habrá experimentado alguna recurrencia o alteración de la flora. Cuando menos la mitad padecerá otro episodio de síntomas con cambios de la flora, muchos de los cuales se correlacionan con contactos heterosexuales (Amsel, 1983;

Gardner, 1955; Wilson, 2004). Sin embargo, el tratamiento de las parejas sexuales masculinas no beneficia a las mujeres con esta enfermedad recurrente y no se recomienda. De la misma forma, otros tipos de tratamiento como la introducción de lactobacilos, geles vaginales acidificantes y el uso de prebióticos carecen de eficacia constante (Senok, 2009).

Tabla 1 Tratamiento recomendado para la vaginosis bacteriana

Medicamento	Posología
Metronidazol	500 mg por vía oral cada 12 h durante siete días
Metronidazol en gel al 0.75%	5 g (un aplicador lleno) por vía intravaginal cada 24 h durante cinco días
Crema de clindamicina al 2%	5 g (un aplicador lleno) por vía intravaginal al acostarse durante cinco días

^aEl fármaco se retiró en 2009 porque su proceso de fabricación no cumplía con las prácticas actuales de manufactura apropiada. Modificado de "Centers for Disease Control and Prevention, 2010b".

- Micosis

Casi siempre son causadas por *Candida albicans*, que puede encontrarse en la vagina de pacientes asintomáticas y es un comensal de la boca, del recto y de la vagina. En ocasiones participan otras especies de *Candida*, que incluyen *C. tropicalis* y *C. glabrata*, entre otras. La candidiasis es más frecuente en los climas cálidos y en las pacientes obesas. Además, la inmunodepresión, la diabetes mellitus, el embarazo y el uso reciente de antibióticos de amplio espectro predisponen a las mujeres a contraer infecciones. Se puede transmitir por vía sexual y muchos estudios han reportado una asociación entre la candidiasis y el sexo orogenital (Bradshaw, 2005; Geiger, 1996).

Diagnóstico

Hallazgos frecuentes en casos de candidiasis son prurito, dolor, eritema vulvar y edema con excoriaciones. La secreción vaginal típica es similar al requesón. El pH vaginal es normal (<4.5) y el examen microscópico de la secreción con solución salina o KOH al 10% permite identificar al agente etiológico. *Candida albicans* es un hongo dimorfo, con gemación y micelios. En la vagina forma pseudomicelios o bien constituye un hongo germinado con micelios. Por lo general no se recomienda realizar un cultivo

de secreción vaginal para *Candida* pero sí se necesita cuando el tratamiento empírico fracasa y en mujeres con evidencia de infección pero ausencia del hongo en el estudio microscópico.

Tabla 2 Clasificación de la candidiasis vulvovaginal

No complicada
Esporádica o poco frecuente
y
De leve a moderada
y
Con probabilidad el microorganismo es <i>Candida albicans</i>
y
Mujeres sin inmunodepresión
<hr/>
Complicada
Infección recurrente por <i>Candida albicans</i>
o
Infección grave
o
Candidiasis que no es causada por <i>C. albicans</i> (<i>C. tropicalis</i> , <i>C. glabrata</i> , etc.)
o
Diabetes no controlada, inmunodepresión, debilidad y embarazo
<hr/>
Tomado de Centers for Disease Control and Prevention, 2010b.

Tratamiento

Tabla 3 Agentes tópicos (terapia de primera elección) para el tratamiento de la candidiasis

Fármaco	Nombre comercial	Fórmula	Dosis
Butoconazol	Gynazole-1 ^{1,2}	Crema vaginal al 2%	1 ap. por vía vaginal, dosis única
	Mycelex-3	Crema vaginal al 2%	1 ap. por vía vaginal durante 3 días
Clotrimazol	Gyne-Lotrimin 7, Mycelex-7	Crema vaginal al 1%	1 ap. por vía vaginal durante 7 días
	Gyne-Lotrimin 3	Crema vaginal al 2%	1 ap. por vía vaginal durante 3 días
	Gyne-Lotrimin 3	Sup. vaginal de 200 mg	1 sup. cada 24 h durante 3 días
Clotrimazol, paquete combinado	Gyne-Lotrimin 3	Sup. de 200 mg + crema tópica al 1%	1 sup. cada 24 h por vía vaginal durante 3 días. Aplicación externa de la crema según sea necesario
	Mycelex-7	Sup. de 100 mg + crema tópica al 1%	1 sup. cada 24 por vía vaginal durante 7 días. Aplicación externa de la crema según sea necesario
Clotrimazol + betametasona	Lotrisone ³	Crema con 1% de clotrimazol y 0.05% de betametasona	Aplicación tópica cada 12 h ⁴
Miconazol	Monistat-7	Sup. vaginal de 100 mg	1 sup. cada 24 h durante 7 días
	Monistat	Crema tópica al 2%	Aplicación externa según sea necesario
	Monistat-3	Crema vaginal al 4%	1 ap. por vía vaginal durante 3 días
	Monistat-7	Crema vaginal al 2%	1 ap. por vía vaginal durante 7 días
Miconazol, paquete combinado	Monistat-3	Sup. vaginal 200 mg + crema tópica 2%	1 sup. cada 24 h durante 3 días Aplicación externa de la crema según sea necesario ⁵
	Monistat-7	Sup. vaginal 100 mg + crema tópica 2% ⁵	1 sup. cada 24 h durante 7 días Aplicación externa de la crema según sea necesario ⁵
	Monistat Dual Pack	Sup. vaginal de 1 200 mg + crema tópica al 2%	1 sup., dosis única Aplicación externa de la crema según sea necesario
Terconazol	Terazol 3 ⁶	Sup. vaginal de 80 mg	1 sup. cada 24 h durante 3 días
	Terazol 7 ⁶	Crema vaginal al 0.4%	1 sup. cada 24 h durante 7 días
	Tetrazol 3 ⁶	Crema vaginal al 0.8%	1 sup. cada 24 h durante 3 días
Tioconazol	Monistat-1, Vagistat-1	Ungüento vaginal al 6.5%	1 ap. por vía vaginal, dosis única
Econazol, nitrato	Spectazole	Crema tópica al 1%	Aplicar cada 12 h
Nistatina	Pyolene Nystatin/ genérico	Tableta vaginal con 100 000 unidades	1 tableta cada 24 h durante 14 días (mejor opción para el 1er trimestre del embarazo)
Nistatina, polvo	Mycostatin	100 000 U/g	Aplicar a la vulva cada 12 h durante 14 días
Violeta de genciana		Solución al 1%	Aplicar al área afectada una sola vez

¹ Requiere prescripción.

² El fármaco se retiró en 2009 porque su proceso de fabricación no cumplía con las prácticas actuales de manufactura apropiada.

³ El uso máximo recomendado es 2 semanas.

ap., aplicador lleno; sup., supositorio.

En la **(tabla 3)** aparece la clasificación de la candidiasis vulvovaginal de los CDC (2010b). En la **(tabla 4)** aparecen diversos tratamientos que son eficaces para tratar las infecciones ordinarias y las complicadas. En los casos típicos son muy eficaces los compuestos azólicos, pero se debe recomendar a las pacientes que regresen a consulta si el tratamiento no tiene éxito. Las mujeres que padecen cuatro o más episodios de candidiasis en un año se clasifican dentro del grupo de infecciones complicadas y se deben tomar cultivos para confirmar el diagnóstico. Los hongos de un género diferente a *Candida* no responden tan bien al tratamiento tópico con compuestos azólicos. En estos casos algunas veces es necesario recurrir a un esquema intravaginal prolongado añadiendo fluconazol oral, de una a tres veces por semana. El tratamiento primario para prevenir las infecciones recurrentes es fluconazol por vía oral, de 100 a 200 mg a la semana durante seis meses. En las infecciones repetitivas que no son causadas por *C. albicans* se han obtenido buenos resultados con una cápsula de 600 mg de gelatina de ácido bórico al día durante dos semanas. El tratamiento con compuestos azólicos por vía oral se acompaña en ocasiones de elevación de las enzimas hepáticas. Esta es una de las razones que impide el tratamiento oral prolongado, además de las interacciones con otros medicamentos como los bloqueadores de los conductos del calcio, la warfarina, los inhibidores de la proteasa, el trimetrexato, la terfenadina, la ciclosporina A, la fenitoína y la rifampicina. En estos casos, el tratamiento local intravaginal una o dos veces por semana proporciona una respuesta clínica similar.

- *Tricomoniasis*

Epidemiología Esta infección es la STD no vírica más frecuente en Estados Unidos (Van der Pol, 2005, 2007). A diferencia de otras STD, su incidencia parece incrementar con la edad en algunos estudios. La tricomonosis se diagnostica por lo general en mujeres puesto que la mayoría de los varones permanecen asintomáticos. Sin embargo, hasta el 70% de las parejas masculinas de mujeres con tricomonosis vaginal alberga tricomonas en las vías urinarias. Este parásito por lo general indica una conducta sexual de alto riesgo y a menudo coexiste con otros microorganismos patógenos que se transmiten por vía sexual, en especial con *Neisseria gonorrhoeae*.

Trichomonas vaginalis tiene cierta predilección por el epitelio escamoso y las lesiones facilitan el acceso a otros microorganismos que se contagian por el coito. También es posible la transmisión vertical durante el parto, que puede persistir durante un año.

Diagnóstico

El periodo de incubación de *T. vaginalis* es de tres días a cuatro semanas y se ubica en la vagina, la uretra, el endocervix y la vejiga. Hasta el 50% de las mujeres no advierte ningún síntoma y la colonización persiste durante meses o años. En aquellas con molestias la secreción vaginal es fétida, líquida y de color amarillento o verdoso. A menudo se acompaña de disuria, dispareunia, prurito vulvar y dolor. En ocasiones los signos y síntomas son idénticos a los de la enfermedad pélvica inflamatoria aguda. En la tricomonosis la vulva puede estar eritematosa, edematosa y con excoriaciones. La vagina tiene la secreción descrita y además hemorragias subepiteliales o “manchas de fresa” en la vagina o el cuello uterino. La tricomonosis se diagnostica por medio de la identificación microscópica de los parásitos en una preparación de la secreción con solución salina. Las tricomonas son protozoarios anaerobios que tienen flagelos en su porción anterior, por lo cual son móviles. Su forma es ovalada y son un poco más grandes que los leucocitos (WBC, white blood cells) (*Ilustración 3*). Su motilidad disminuye con el frío por lo cual se deben examinar las laminillas en menos de 20 min. La inspección de la preparación con solución salina es muy específica, pero su sensibilidad no es la esperada (de 60 a 70%). A menudo se eleva el pH vaginal. La técnica diagnóstica más sensible es el cultivo, que resulta impráctico puesto que se necesita un medio especial (de Diamond) y muy pocos laboratorios están equipados. Las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT, nucleic acid amplification tests) para DNA de tricomonas son sensibles y específicas, pero no todos los laboratorios cuentan con ellas. Otra opción es el examen OSOM *Trichomonas Rapid Test*, que es un análisis inmunocromatográfico con una sensibilidad de 88% y una especificidad de 99%. Existen equipos para consultorio y los resultados se obtienen en 10 min (Huppert, 2005, 2007). Asimismo, es posible observar las tricomonas en un frotis de Papanicolaou (sensibilidad cercana a 60%) (Wiese, 2000). Si se informa la presencia del parásito en una prueba de Papanicolaou, se sugiere la confirmación

mediante el examen microscópico de una preparación salina antes del tratamiento. En las mujeres con tricomonosis es importante descartar otras STD y sus contactos sexuales deben ser valorados.

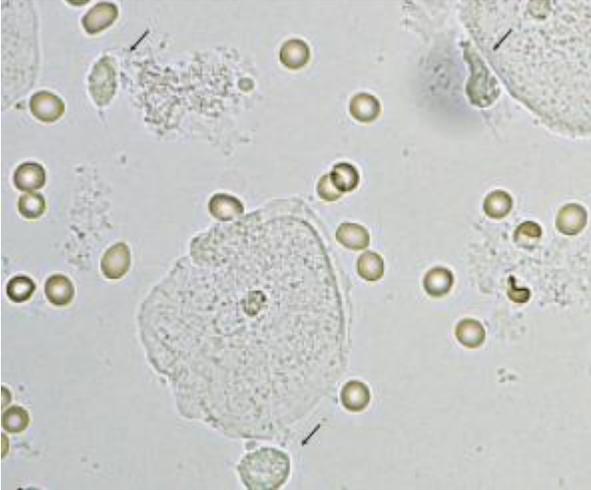


Ilustración 3 Micrografía de la preparación salina de un frotis vaginal que contiene tricomonas (flechas). Se encuentran entre células epiteliales más grandes y eritrocitos más pequeños.

Tratamiento

Los esquemas orales recomendados por los CDC (2010b) aparecen en la (Tabla 5). Todos son eficaces, pero algunos autores han encontrado que el esquema terapéutico de siete días con metronidazol es superior en las pacientes que cumplen con el régimen de administración. Sin embargo, esto no siempre sucede puesto que el tratamiento es prolongado y el metronidazol posee algunos efectos adversos como sabor metálico y una reacción similar a la del disulfiram si se combina con alcohol. Se debe recordar a las pacientes que eviten ingerir bebidas etílicas durante el tratamiento y las siguientes 24 h en el caso del metronidazol y hasta 72 h después cuando se toma tinidazol. No es necesario valorar de nuevo a las pacientes asintomáticas. No obstante, la infección recurre en casi el 30% de los casos. El uso de condón brinda cierta protección. Unas cuantas pacientes poseen cepas que son muy resistentes al metronidazol, sin embargo estos microorganismos por lo general son sensibles al tinidazol. Se deben realizar cultivos y pruebas de sensibilidad en mujeres con infecciones recurrentes o en aquellas que no responden al tratamiento inicial y que lo han seguido al pie de la letra. El tinidazol oral a dosis de 500 mg cada 8h durante siete días o cada 6 h durante 14 días ha sido eficaz en casos de microorganismos resistentes (Sobel, 2001). En las

mujeres alérgicas a los nitroimidazoles se ha recurrido a la desensibilización, para permitir el uso de estos fármacos en la tricomonosis (Helms, 2008).

Tabla 4 Tratamiento recomendado para la tricomonosis.

Tratamiento primario Metronidazol, dosis oral única de 2 g o Tinidazol, dosis oral única de 2 g
Esquema alternativo Metronidazol, 500 mg por vía oral cada 12 h durante 7 días

2.4 Infecciones vaginales en La Hachadura

Luego de exponer la anatomía del aparato reproductor femenino y las diferentes infecciones vaginales es importante mencionar la situación en la UCSF La Hachadura, Ahuchapán, aproximadamente 10 a 15 mujeres consultan por algún tipo de molestia en el área genital por semana en este establecimiento de salud, algunas presentan las características clásicas de cada infección, sin embargo otras refieren de forma vaga sus síntomas, por lo que es importante la inspección visual con espéculo y toma de muestra si es pertinente.

Alrededor de 700 mujeres se encuentran en las edades de 25 a 35 años en el área de La Hachadura, de las cuales una gran cantidad presentan sintomatología, y diferentes características. Razón por la cual se llevara a cabo la investigación presentada.

Capítulo III

Diseño Metodológico

3.1 Tipo de Estudio

La investigación que se realizó se considera un tipo de estudio cuantitativo y descriptivo, transversal ya que se pretende determinar los factores relacionados con las infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en UCSF I La Hachadura, en los meses de febrero a julio de 2019.

Se considera descriptivo ya que se describió la situación de los factores relacionados con las infecciones vaginales, cuales son los más frecuentes en la población a estudiar. Además es transversal por la línea del tiempo en la que se llevó a cabo, que son los meses de febrero a julio de 2019.

Fue además un estudio prospectivo ya que no se conocían los factores relacionados actuales con las infecciones vaginales de las mujeres a estudiar, por lo que la información se registró a medida se recolectaron los datos, los cuales fueron tomados durante la consulta médica por medio de un instrumento de recolección de datos.

3.2 Dimensión geográfica

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia La Hachadura, San Francisco Menéndez, Ahuchapán.

3.3 Dimensión temporal

El presente estudio se realizó de Febrero a Julio de 2019.

3.4 UNIVERSO

El universo de estudio lo comprenden 700 mujeres en edad fértil, entre los 25 y 35 años. Este dato obtenido de la Programación operativa Anual, 2019.

3.5 Muestra

Para la obtención de la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones de menos de cien mil, la cual es:

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde:

n: Es la muestra

N: es la población o universo, en este caso 700

Z: el nivel de confianza. Usando 95% equivale a 1.96

E: error de estimación admitido 0.05

P: probabilidad a favor 50%, o sea 0.5

Q: probabilidad en contra 50%, o sea 0.5

Sustituyendo tenemos:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 700}{(0.05)^2 * (700-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.5 * 0.5 * 700}{0.0025 * 699 + 3.84 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{672}{1.75 + 0.96}$$

$$n = \frac{672}{2.71}$$

$$n \approx 248$$

Por lo cual, se establece que la muestra es de 248 mujeres, las cuales fueron escogidas al momento de la consulta médica, específicamente las que llegaron a la UCSF I La Hachadura.

Sin embargo para que la muestra sea representativa de la intención de este estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

- Mujeres de entre 25 a 35 años de edad
- Que consulten por infección vaginal
- Que no esté embarazada
- Que pertenezca al área geográfica de La Hachadura
- Que desee participar en el estudio

Criterios de Exclusión

- Mujer menor de 25 años o mayor de 35 años
- Que consulte por causa no relacionada a infecciones vaginales
- Que se encuentre embarazada
- Que no pertenezca al área geográfica
- Que no desee participar en el estudio

Estos criterios permitieron determinar una muestra más representativa del objeto de estudio, ya que lo que interesa conocer son los factores relacionados a las infecciones vaginales en un grupo determinado de usuarias, obteniendo una muestra de 248.

3.6 Instrumento de recolección de datos

Para obtener la información se hizo a través de una encuesta estructurada, cuyo objetivo fue: Identificar los factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura. Dicho instrumento consta de 18 preguntas. Diseñado con preguntas de información general y con preguntas explorando los factores relacionados a las infecciones vaginales (Ver anexo 1). Contiene tanto ítems abiertos como cerrados.

Además se aplicó también una guía de observación para el médico que brinda la consulta, en donde se marcaron los diferentes ítems detallados, de acuerdo a los hallazgos encontrados al examen físico (Ver anexo 3).

3.7 Trabajo de Campo

La investigación se llevó a cabo durante los meses de marzo a junio de 2019.

Se captaron pacientes mujeres que consultan específicamente por historia de flujo vaginal u otra sintomatología relacionada a infecciones vaginales durante el período antes descrito. Esta selección la llevó a cabo el médico en servicio social durante la consulta de la jornada matutina.

Ya elegida la paciente se le explicó la intención del estudio, y se procedió a realizar la historia clínica completa, el examen físico y posteriormente la inspección visual con espéculo, tomando la citología si paciente no tiene vigente. Acá se hizo énfasis en las características de la secreción vaginal, apariencia del cuello uterino y paredes vaginales, entre otros.

Posteriormente se aplicó el instrumento de recolección de datos (encuesta).

3.8 Plan de Tabulación y análisis de datos

Para la tabulación de información se presenta en tablas de frecuencia y gráficos utilizando el paquete estadístico de Microsoft Excel. Posteriormente se realizaron los análisis e interpretación de resultados obtenidos en la investigación.

Matriz de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
Perfil epidemiológico de mujeres con infección vaginal	Mujeres en edad fértil de 25 a 35 que presentan infecciones vaginales	Usuaris de la unidad de Salud de La Hachadura que presentan infecciones vaginales	<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Procedencia - Nivel educativo - Estado civil - Ocupación - Gravidéz 	ENCUESTA GUIA DE OBSERVACIÓN
Infecciones vaginales	Es la colonización de la vagina por microorganismos patógenos que causan diferente sintomatología como edema, aumento de secreción, fetidez.	Infecciones vaginales que se presentan con más frecuencia en usuarias que acuden a la unidad de Salud de La Hachadura	<ul style="list-style-type: none"> - Candidiasis - Tricomoniasis - Infección por gardnerella - Características del flujo vaginal - Mal olor - Edema - Eritema - Sangrado - Dolor 	ENCUESTA GUIA DE OBSERVACIÓN
Factores relacionados a las infecciones vaginales	Son todos los factores que predisponen en una mujer el apareamiento de infecciones vaginales, es decir todos aquellos que causan cambios en su aparato reproductor, y que ponen en riesgo el desarrollo de una infección.	Factores que predisponen a presentar una infección vaginal en mujeres de 25 a 35 años.	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de métodos de planificación familiar - Higiene - Tipo de ropa interior que se utiliza - Tipo de jabón utilizado - Utilización de duchas vaginales - Etc 	ENCUESTA GUIA DE OBSERVACIÓN

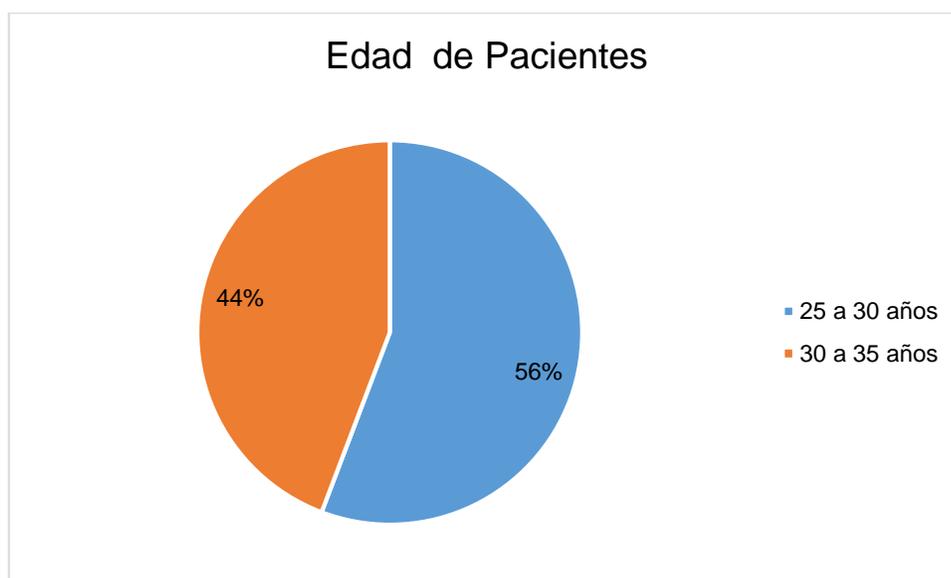
Capítulo IV

Análisis e Interpretación de Resultados

Encuesta a pacientes

Tabla 4.1 Edad de las pacientes

Edad	Pacientes	Porcentaje
25 a 35 años	58	56%
30 a 35 años	46	44%
Total	104	100%

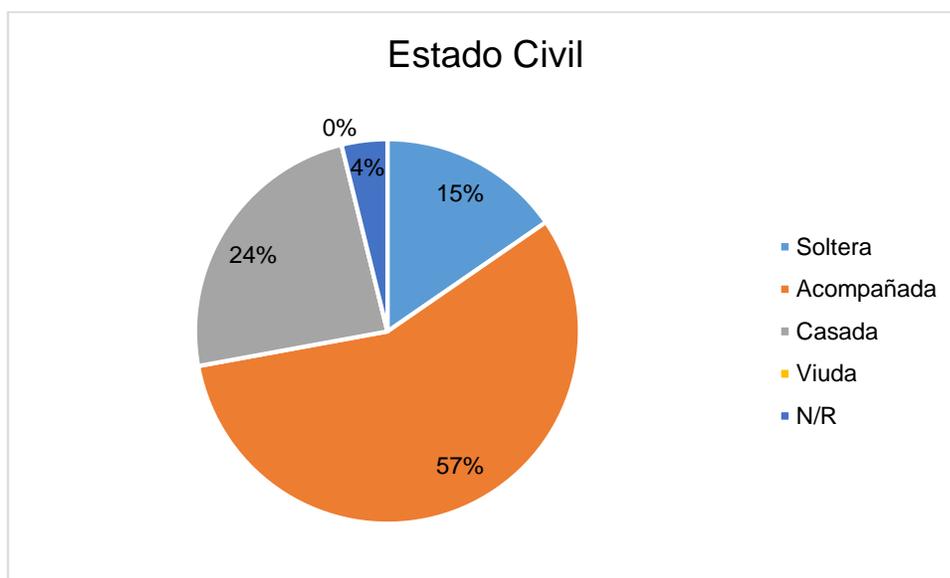


Fuente: pregunta 1 de la encuesta

Análisis e Interpretación: de las 104 pacientes que fueron entrevistadas, 58 pacientes se encuentran entre las edades de 25 a 30 años; y 46 mujeres entre las edades de 30 a 35 años. Se observa que la mayoría de usuarias que consultan por afecciones vaginales en la UCSF I La Hachadura rondan las edades entre 25 a 30 años.

Tabla 4.2 Estado civil de las entrevistadas

Estado civil	Pacientes	Porcentaje
Soltera	16	15%
Acompañada	59	57%
Casada	25	24%
Viuda	0	0%
N/R	4	4%
Total	104	100%

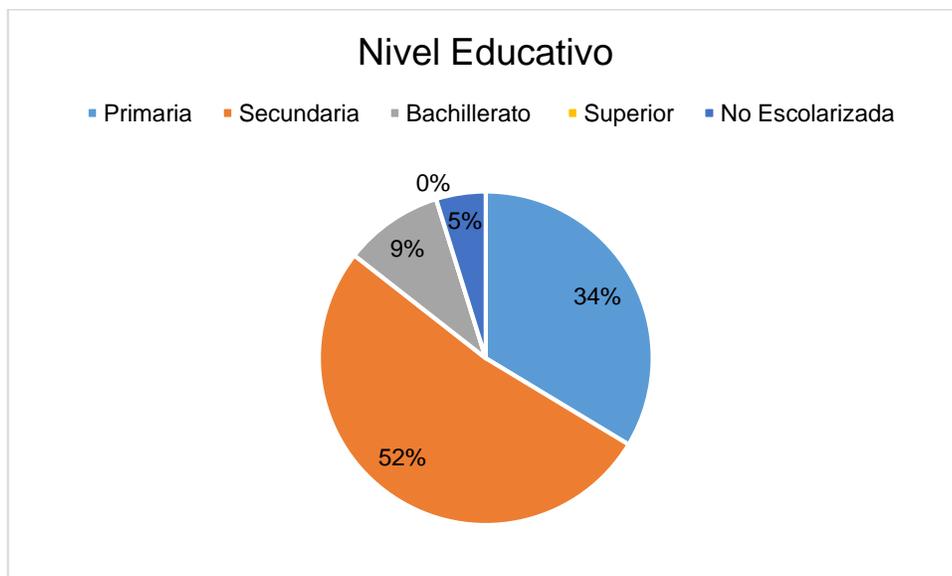


Fuente: pregunta 2 de la encuesta

Análisis e interpretación: del total de mujeres que se entrevistaron 59 se encuentran acompañadas, 25 casadas, 16 solteras, ninguna es viuda y 4 pacientes no responden a la pregunta. La mayoría de mujeres se encuentra en una relación estable pero no necesariamente con un vínculo legal.

Tabla 4.3 Nivel de escolaridad de las entrevistadas

Nivel de escolaridad	Pacientes	Porcentaje
Primaria	35	34%
Secundaria	54	52%
Bachillerato	10	9%
Superior	0	0%
No escolarizada	5	5%
Total	104	100%



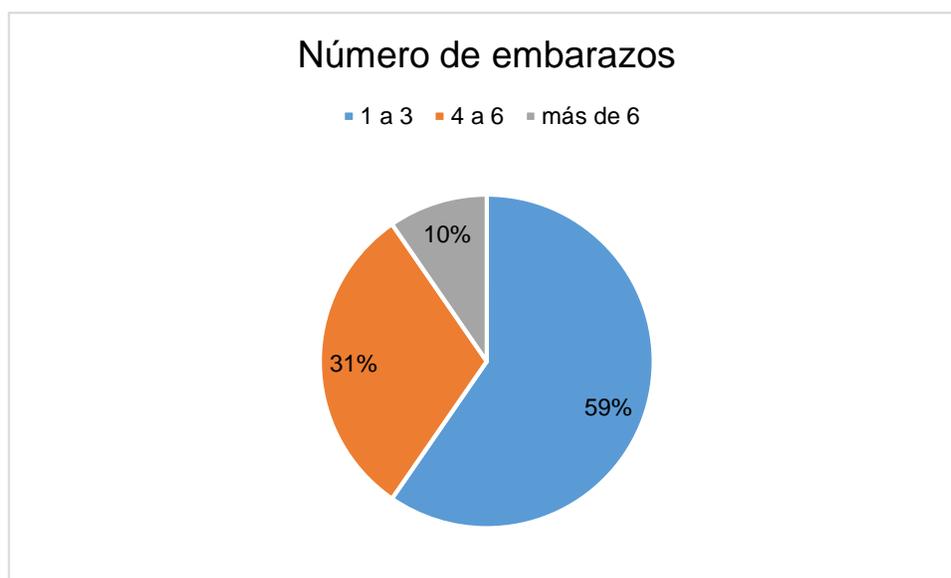
Fuente: pregunta 3 de la encuesta

Análisis e interpretación: en relación al nivel educativo de las encuestadas se observa que 54 tienen estudios de secundaria, 35 estudios de primaria, 10 estudios de educación media completa, 5 ningún tipo de estudio.

Este dato es importante ya que muchas mujeres con un nivel educativo promedio manejan más información sobre algunas patologías de la mujer y los cuidados que se deben de tener para prevenir enfermedades.

Tabla 4.4 Número de embarazos de las pacientes

Número de embarazos	Pacientes	Porcentaje
1 a 3	62	59%
4 a 6	32	31%
Más de 6	10	10%
Total	104	100%



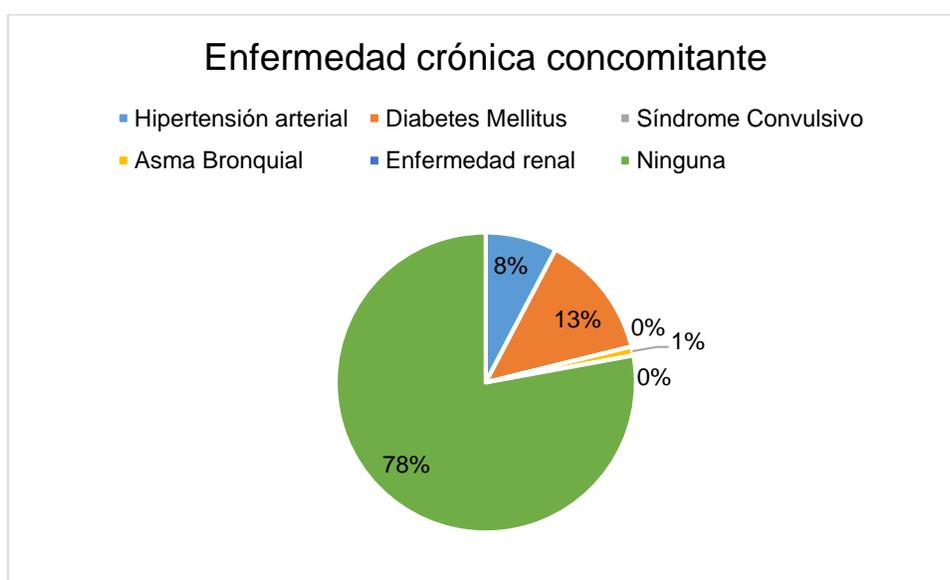
Fuente: pregunta 4 de la encuesta

Análisis e Interpretación: con respecto al número de embarazos de las usuarias muestra de estudio se tiene que 62 pacientes ha tenido entre 1 a 3 embarazos, 32 pacientes entre 4 a 6 embarazos y 10 más de 6 embarazos.

Durante el control prenatal sobretodo, se hace énfasis en la higiene y demás cuidados en la mujer para prevenir las infecciones vaginales.

Tabla 4.5 Enfermedades crónicas de las pacientes

Enfermedades crónicas	Pacientes	Porcentaje
Hipertensión arterial	8	8%
Diabetes mellitus	14	13%
Síndrome Convulsivo	0	0%
Asma Bronquial	1	1%
Enfermedad renal	0	0%
Ninguna	81	78%
Total	104	100%



Fuente: pregunta 5 de la encuesta

Análisis e Interpretación: se les pregunto a las usuarias de la muestra sobre si padecían de alguna enfermedad crónica y 81 manifestaron no presentar ninguna enfermedad, 14 refieren tener diabetes mellitus, 8 hipertensión arterial crónica y 1 asma bronquial.

Es bien sabido por la literatura que pacientes con cierto tipo de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tienen mayor predisposición de presentar infecciones vaginales, pero en el presente estudio debido al cohorte de las edades que se ha tomado la incidencia de enfermedades crónicas es menor; por lo que observamos que el 78% de las pacientes entrevistadas no posee diagnóstico de enfermedades crónicas.

Tabla 4.6 Uso de método de planificación familiar

Utiliza método	Pacientes	Porcentaje
Si	72	69%
No	32	31%
Total	104	100%

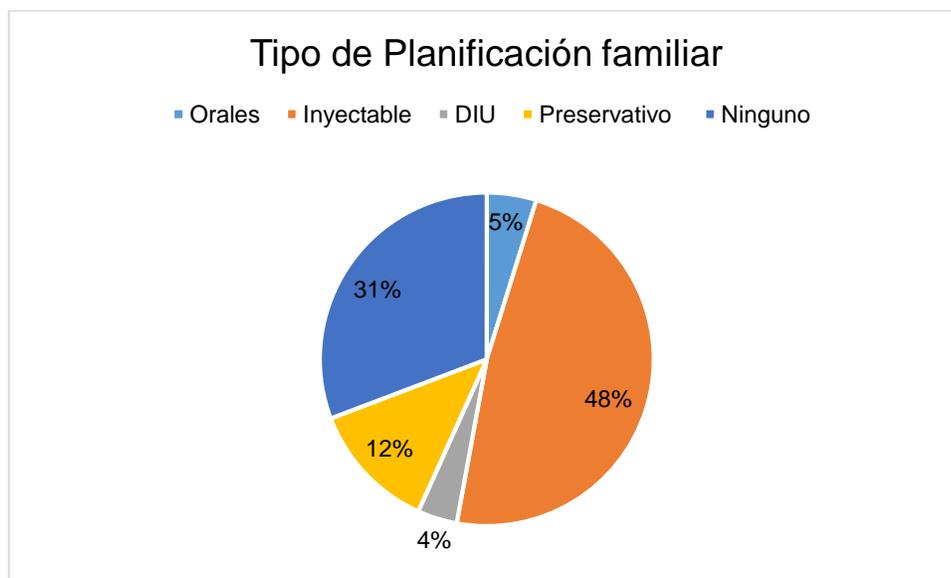


Fuente: pregunta 6 de la encuesta

Análisis e interpretación: en relación al uso de algún método de planificación familiar, con 104 pacientes entrevistadas 72 utilizan método de planificación familiar y 32 no lo hacen. La mayoría de pacientes entrevistadas utilizan algún método de planificación familiar.

Tabla 4.7 Tipo de método de Planificación

Tipo de método	Pacientes	Porcentaje
Anticonceptivo oral	5	5%
Anticonceptivo inyectable	50	48%
DIU	4	4%
Preservativo	13	12%
Ninguno	32	31%
Total	104	100%



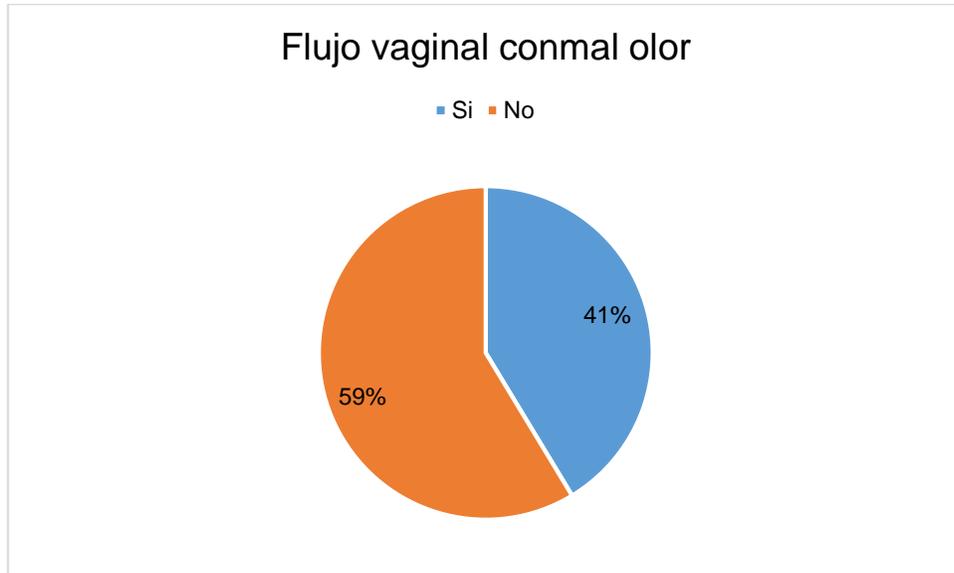
Fuente: pregunta 7 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De las 104 pacientes entrevistadas que manifestaron utilizar algún método de planificación familiar, 50 de ellas utilizan método inyectable, 13 métodos de barrera, 5 anticonceptivos orales y 4 el dispositivo intrauterino. 32 pacientes manifestaron no utilizar un método de planificación familiar.

La interacción hormonal puede jugar un papel importante en la aparición de infecciones vaginales, debido alteración fisiológica que estos pueden producir en el aparato reproductor femenino alterando el equilibrio las diversas barreras naturales que posee el organismo.

Tabla 4.8 Presencia de secreción con mal olor

Secreción con mal olor	Pacientes	Porcentaje
Si	43	41%
No	61	59%
Total	104	100%



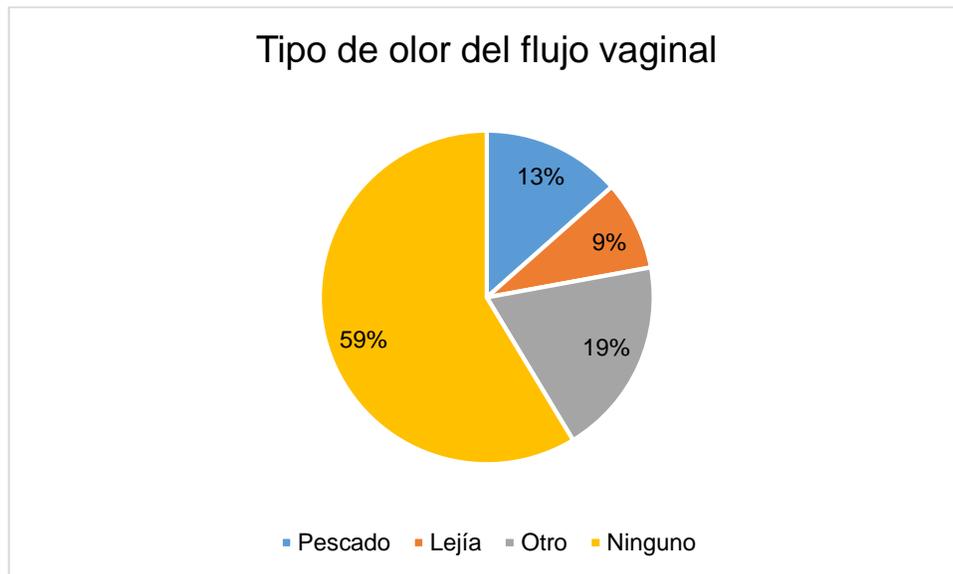
Fuente: pregunta 8 de la encuesta

Análisis Interpretación: con respecto a algunas características de las infecciones vaginales, como es el olor de la secreción, de las 104 entrevistadas 61 no refieren mal olor y 43 refieren percibir mal olor en su secreción.

La percepción de la paciente de leucorrea con mal olor no es determinante para descartar un cuadro clínico relacionado a infecciones vaginales, debido a que estas pueden cursar sin mal olor, ya que esto depende del tipo de infección vaginal que la paciente pueda presentar.

Tabla 4.9 Tipo de olor de la Leucorrea

Tipo de olor	Pacientes	Porcentaje
Pescado	14	13%
Lejía	9	9%
Otro	20	19%
Ninguno	61	59%
Total	104	100%



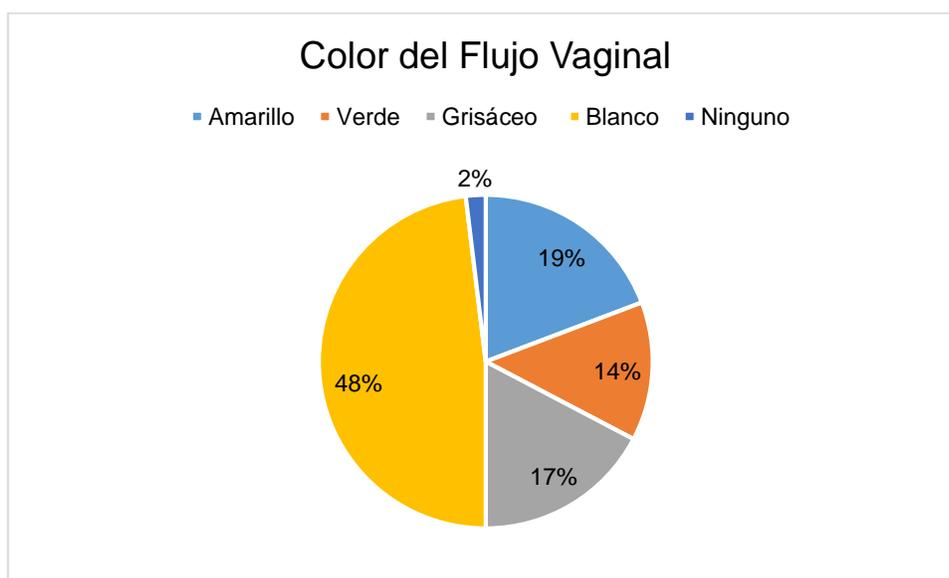
Fuente: pregunta 9 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De las 43 pacientes que manifestaron percibir olor a la secreción, 20 refieren que no es un olor característico, 14 lo relacionan con olor a pescado y 9 dicen que es olor como a lejía

La percepción de diferentes olores de la leucorrea nos indica que las pacientes están cursando con un cuadro clínico relacionado a infecciones vaginales bacteriano, ya que muchas infecciones pueden acompañarse de olores característicos relacionadas al agente etiológico que las produce.

Tabla 4.10 Color de la Leucorrea que presenta la usuaria

Color de leucorrea	Pacientes	Porcentaje
Amarillo	20	19%
Verde	14	14%
Grisáceo	18	17%
Blanco	50	48%
Ninguno	2	2%
Total	104	100%



Fuente: pregunta 10 de la encuesta

Análisis e Interpretación: con respecto al color que presenta la secreción vaginal de las mujeres con vaginosis, de 104 pacientes entrevistadas 50 refieren que el flujo es blanco, 20 dicen que es de color amarillo, 18 color grisáceo y 14 color verde, además de 2 usuarias que no refieren flujo vaginal pero si molestias relacionadas con infección.

Las infecciones vaginales aparecen gracias a la alteración del pH vaginal el cual propicia un desequilibrio de la flora bacteriana vaginal normal, por lo tanto la presencia de los diferentes colores de flujo vaginal nos orienta a los diferentes cuadros de infecciones vaginales que pueden ser presentados.

Tabla 4.11 Prurito en región genital

Prurito vaginal	Pacientes	Porcentaje
Si	44	42%
No	60	58%
Total	104	100%



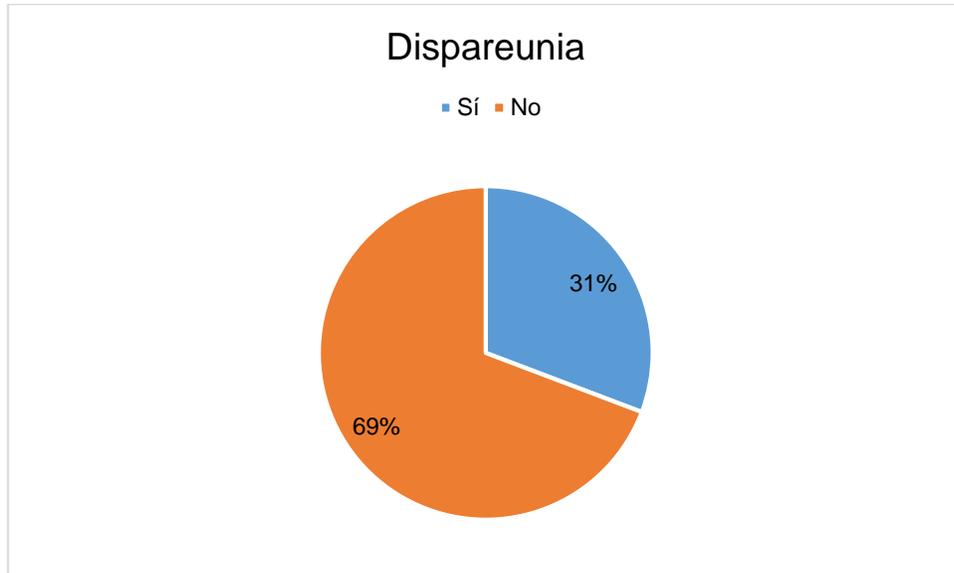
Fuente: pregunta 11 de la encuesta

Análisis: Debido a la diversidad de cuadros clínicos que se pueden presentar en los diferentes tipos de infecciones vaginales, vemos que en la mayoría de los casos de este estudio no predomina la aparición de prurito vaginal.

El prurito vaginal es un síntoma que está presente en muchas infecciones vaginales, microorganismos como trichomonas vaginales o candida albicans pueden producirlo y muchas veces el prurito es el primer síntoma que se manifiesta por el cual la paciente acude a consultar o se automedica con diversas sustancias, con el objetivo de calmar esta sintomatología que es muy molesta.

Tabla 4.12 Dispareunia

Dispareunia	Pacientes	Porcentaje
Si	32	31%
No	72	69%
Total	104	100%



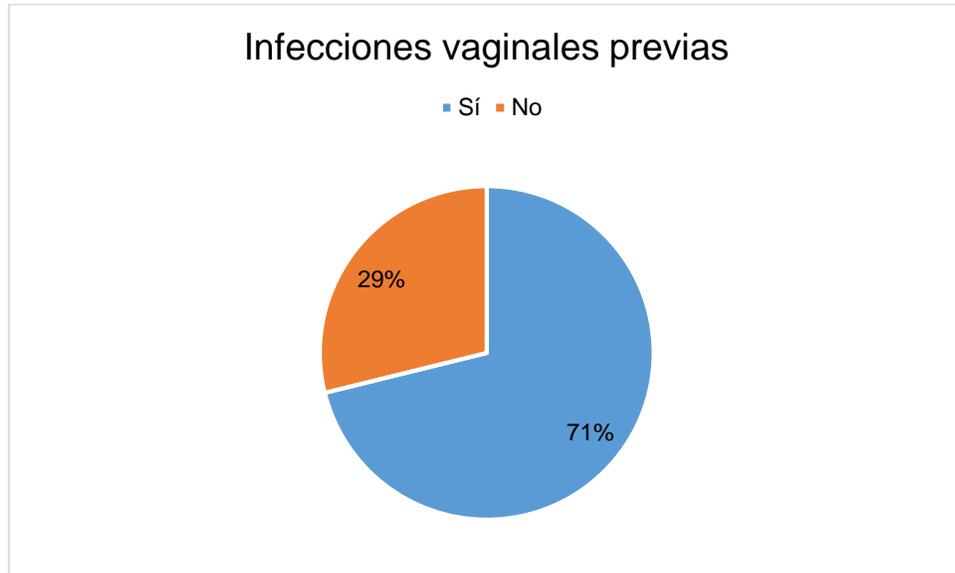
Fuente: pregunta 12 de la encuesta

Análisis e Interpretación: se les pregunto a las pacientes si adolecían de dolor al tener una relación sexual, 72 dijeron que no presentan dolor y 32 dijeron que sí.

Se puede observar que la dispareunia no es un síntoma predominante relacionado a las infecciones vaginales, dado que el 69% de las pacientes de este estudio no lo presenta, sin embargo muchas mujeres presentan eritema e inflamación a nivel vaginal y al tener una relación se puede presentar dolor.

Tabla 4.13 Infecciones vaginales previas

Infecciones previas	Pacientes	Porcentaje
Si	74	71%
No	30	29%
Total	104	100%



Fuente: pregunta 13 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De las 104 pacientes encuestadas 74 manifiestan haber presentado infecciones vaginales con anterioridad con respecto a 30 pacientes sin antecedentes de infección vaginal.

Es importante realizar una buena entrevista clínica y buena exploración vaginal cuando una paciente presenta de manera repetitiva cuadros de infección vaginal, indagar sobre elementos clave como la higiene, el uso de ropa interior entre otros, así como también el tratamiento recibido, esto permitirá determinar el factor de riesgo que propicia la recaída en este cuadro

Tabla 4.14 Tratamiento de infecciones previas

Tratamiento previo	Pacientes	Porcentaje
Si	65	62%
No	9	9%
Sin infección previa	30	29%
Total	104	100%



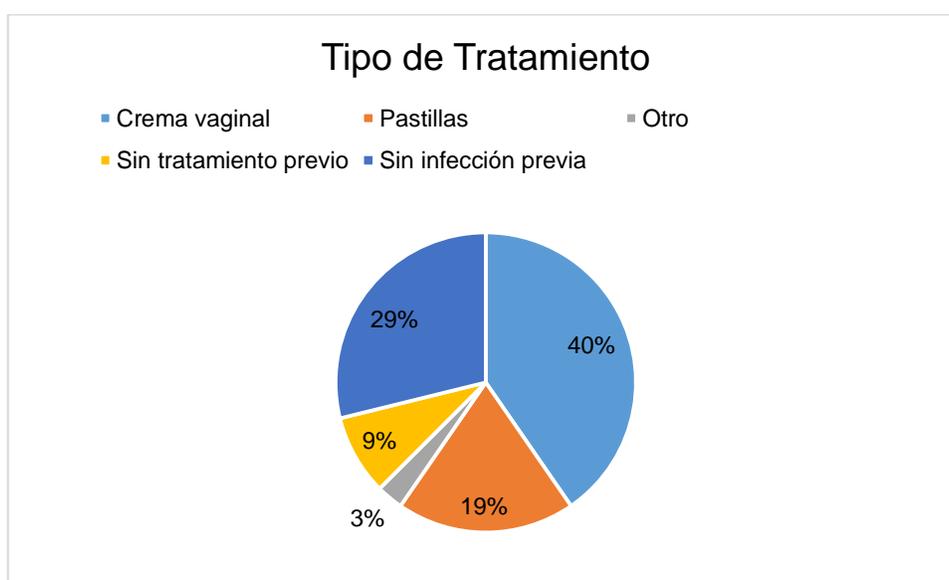
Fuente: pregunta 14 de la encuesta

Análisis e Interpretación: con respecto al tratamiento de las infecciones vaginales previas, de las 74 pacientes que presentaron infección vaginal previa, 65 refieren haber recibido algún tratamiento y 9 niegan haber tenido algún tratamiento.

La mayor parte de pacientes que previamente presentaron los cuadros clínicos en estudio manifiestan haber recibido tratamiento farmacológico oportuno para los cuadros clínicos en estudio, manifiestan que desaparecen los síntomas y molestias, sin embargo vuelven a presentar síntomas nuevamente.

Tabla 4.15 Tipo de tratamiento utilizado previamente

Tipo de tratamiento previo	Pacientes	Porcentaje
Crema vaginal	42	40%
Tratamiento oral	20	19%
Otro	3	3%
Sin tratamiento previo	9	9%
Sin infección previa	30	29%
Total	104	100%



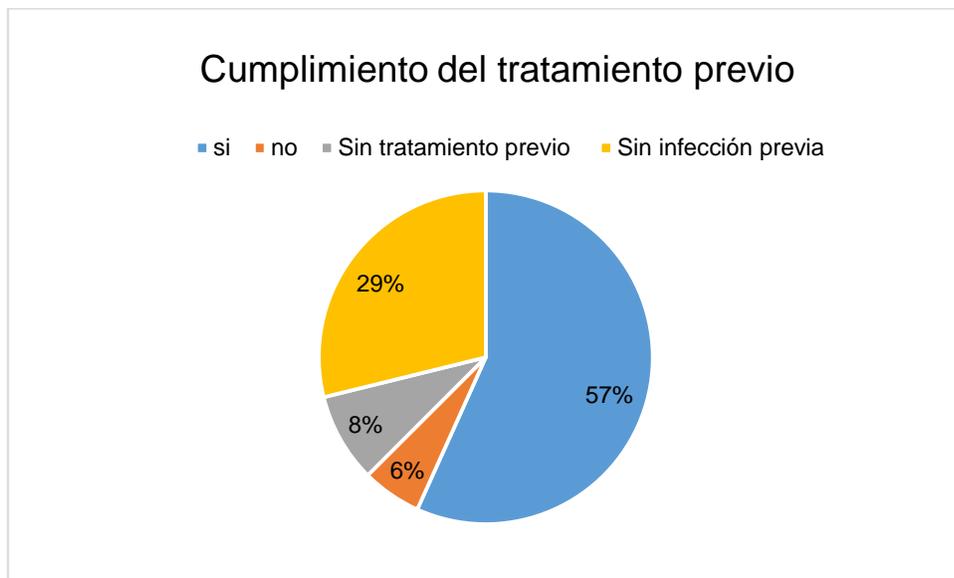
Fuente: pregunta 15 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De las 65 entrevistadas que recibieron tratamiento en infecciones vaginales previas 42 refieren haber utilizado cremas vaginales a 20 pacientes les dieron tratamiento con pastillas y 3 pacientes otro tipo de tratamiento (óvulos).

Como se puede observar el tratamiento utilizado con mayor demanda fueron las cremas vaginales al manifestarse una infección vaginal debido a su fácil aplicación y obtención dentro de la unidad de salud, además de la comodidad y poca frecuencia de su aplicación, esto hace que sea el método predilecto entre las mujeres encuestadas, teniendo clara ventaja frente al resto de tratamientos disponibles. Manifiestan que presentaron alivio de síntomas, sin embargo no todas cumplieron el tratamiento de forma correcta.

Tabla 4.16 Cumplimiento del tratamiento en la infección previa

Cumplimiento de tratamiento previo	Pacientes	Porcentaje
Sí	59	57%
No	6	6%
Sin tratamiento previo	9	8%
Sin infección previa	30	29%
Total	104	100%



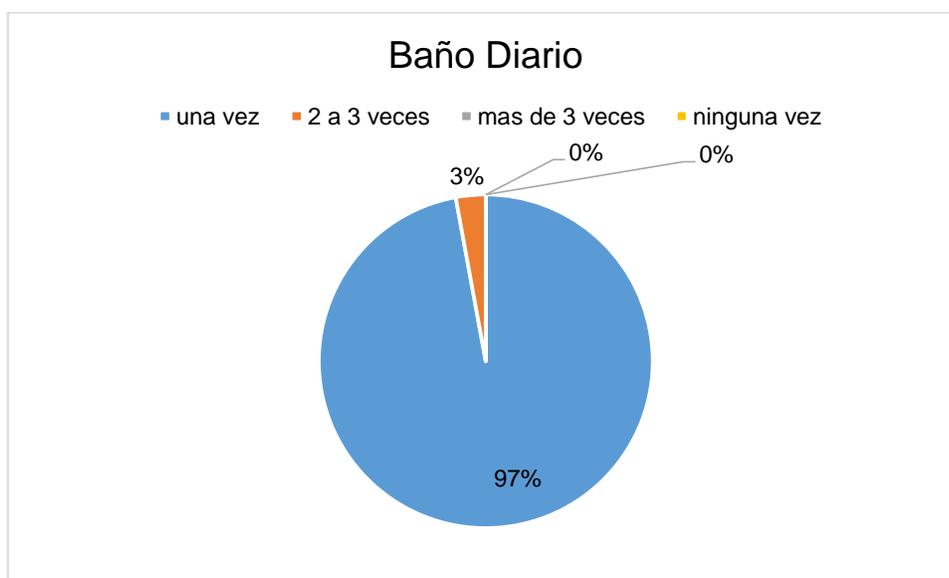
Fuente: pregunta 16 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De las 65 pacientes que recibieron tratamiento en infecciones vaginales previas 59 manifiestan que si dieron cumplimiento en su totalidad y 6 pacientes refieren no haber terminado con el tratamiento.

La mayor parte de pacientes con infecciones vaginales previas presenta una adherencia del tratamiento hasta el término de este, lo que demuestra la importancia que dichas patologías presentan en la vida de pacientes femeninas. De las pacientes restantes que no se adhieren al tratamiento completo manifiestan que no lo completaron porque al sentir alivio dejaron de usarlo, además es importante aclarar que las pacientes que lo terminaron vuelven nuevamente con infección recurrente y estas refieren que solamente recibieron el tratamiento, no se les explico ninguna forma de prevenir infecciones.

Tabla 4.17 Hábitos higiénicos: baño diario

Aseo diario	Pacientes	Porcentaje
Una vez	101	97%
2 a 3 veces	3	3%
Más de 3 veces	0	0%
Ninguna vez	0	0%
Total	104	100%



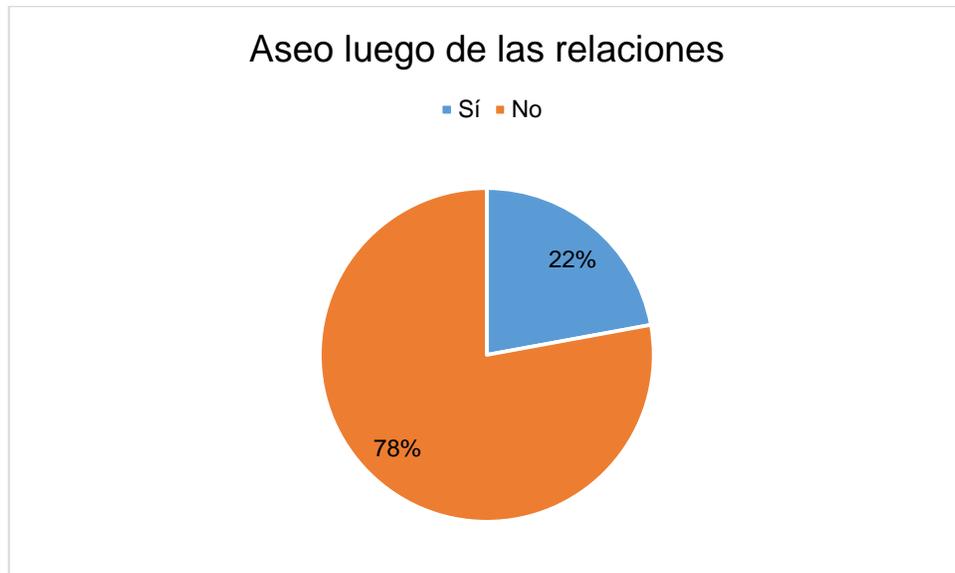
Fuente: pregunta 17 de la encuesta

Análisis e Interpretación: con respecto a la pregunta si todos los días realizan su baño de las 104 pacientes entrevistadas 101 pacientes manifiestan tomar 1 baño diario, 3 pacientes refieren hacerlo 2 a 3 veces diarias.

La mayoría de las pacientes toman un baño diario lo que es una ventaja porque el aseo diario es un punto clave para evitar las infecciones, sin embargo a pesar de que las pacientes se asean todos los días, persisten las infecciones, debido a que no lo hacen de forma adecuada y no siempre utilizan los productos de higiene adecuados.

Tabla 4.18 Limpieza del área genital después de las relaciones sexuales

Aseo genital	Pacientes	Porcentaje
Si	23	78%
No	81	22%
Total	104	100%



Fuente: pregunta 18 de la encuesta

Análisis e Interpretación: con respecto a la higiene posterior a una relación sexual 81 mujeres con vaginosis refieren no realizar aseo personal posterior al coito mientras 23 dicen que si se asean posterior a una relación.

El aseo personal posterior al coito representa una importancia significativa para evitar la aparición de infecciones vaginales, puesto que durante este hay intercambio de fluidos lo que altera el pH vaginal dando lugar a una alteración de la flora vaginal normal predisponiendo a las pacientes presentar dichas infecciones.

Tabla 4.19 Uso de duchas vaginales

Uso de duchas vaginales	Pacientes	Porcentaje
Si	2	2%
No	102	98%
Total	104	100%



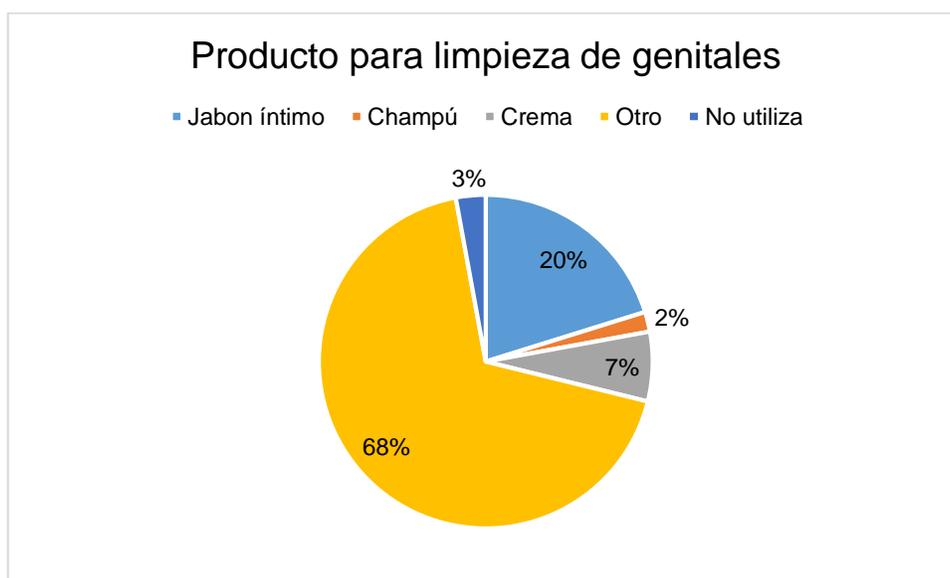
Fuente: pregunta 19 de la encuesta

Análisis e Interpretación: De 104 pacientes entrevistadas 85 refieren no utilizar duchas vaginales y 19 refieren utilizarlas.

Sabemos que la utilización de duchas vaginales frecuentes produce una alteración de la flora bacteriana normal vaginal lo que propicia un ambiente adecuado para la proliferación de dichos agentes que pueden llegar a producir infecciones vaginales. En este caso podemos observar que la mayoría de pacientes no optan por utilizar duchas vaginales debido a la falta de información, difícil acceso y valor económico elevado para dicha población.

Tabla 4.20 Producto para aseo de genitales

Producto para aseo de genitales	Pacientes	Porcentaje
Jabón íntimo	21	20%
Champú	2	2%
Crema	7	7%
Otro	71	68%
No utiliza	3	3%
Total	104	100%



Fuente: pregunta 20 de la encuesta

Análisis e Interpretación: en relación a la limpieza del área genital las usuarias refieren 21 utilizar jabón íntimo, 3 pacientes refieren no utilizar ningún producto solo agua y 2 pacientes manifiesta utilizar champú. Las otras 71 pacientes refieren que utilizan otro producto diferente a las opciones entre las que refieren uso de jabón de cuerpo normal, detergente en polvo para ropa y jabón para manos.

La utilización de productos no aptos para el aseo vaginal interfiere grandemente en la alteración del pH vaginal y la micro flora vaginal lo que incrementa la incidencia de infecciones vaginales de dichas pacientes.

Tabla 4.21 Rasurado de área genital

Rasurado	Pacientes	Porcentaje
Si	66	63%
No	38	37%
Total	104	100%



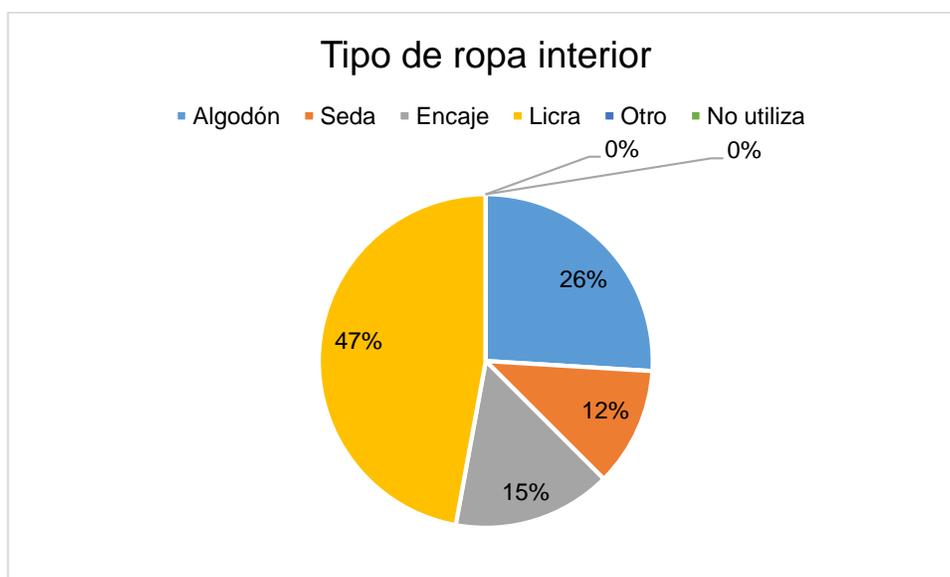
Fuente: pregunta 21 de la encuesta

Análisis e Interpretación: cuando se les pregunto si se rasuraban los genitales 66 manifestaron que si lo hacían y 38 refieren no realizarlo.

El frecuente rasurado del área genital predispone a la aparición de cuadros de infecciones vaginales, debido a la alteración por irritación de la barrera protectora (piel), presentando así un ambiente adecuado para la proliferación de algunos organismos de la flora bacteriana normal, debido a la irritación o rascado constante que el método de rasurado puede ocasionar.

Tabla 4.22 Tipo de ropa interior

Tipo de ropa interior	Pacientes	Porcentaje
Algodón	27	26%
Seda	12	12%
Encaje	16	15%
Licra	49	47%
Otro	0	0
No utiliza	0	0
Total	104	100%



Fuente: pregunta 22 de la encuesta

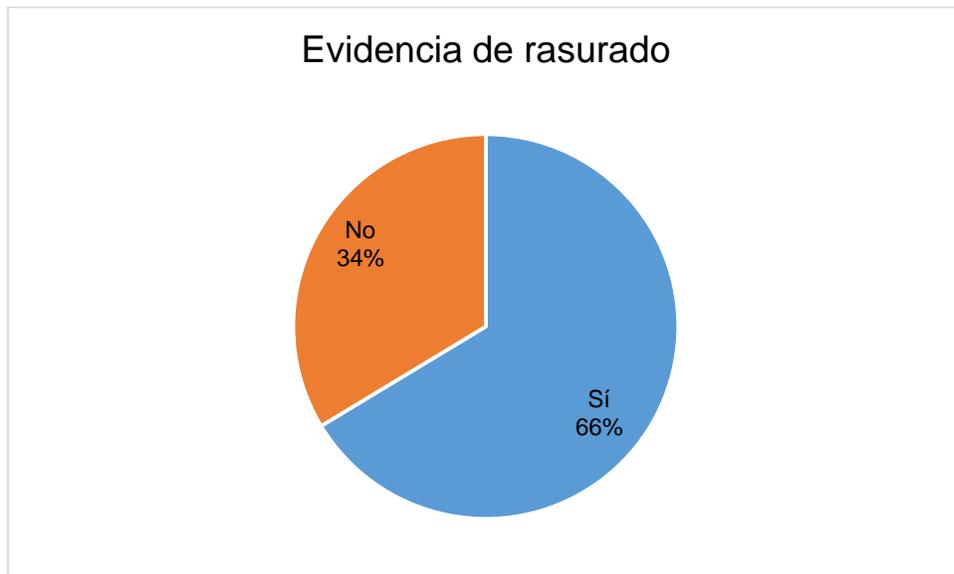
Análisis e Interpretación: en relación al tipo de ropa íntima que utiliza la usuaria con vaginosis, 49 de ellas manifestaron que está hecha de licra, 16 de encaje, 12 ropa de tela tipo seda y 27 manifestaron que la ropa interior la prefieren de algodón.

La mayoría de las entrevistadas prefieren la utilización de ropa interior no adecuada, debido a que la ropa interior ajustada crea un aumento del calor en la zona genital debido a que estas telas son de fibras sintéticas y no permiten transpiración se evapore, propiciando un ambiente adecuado para la presentación de los diferentes cuadros de infecciones vaginales, por lo que se recomienda siempre a las pacientes utilizar ropa interior de algodón.

Guía de Observación

Tabla 4.23 Evidencia de rasurado en pacientes

Rasurado	Pacientes	Porcentaje
Si	69	66%
No	35	34%
Total	104	100%



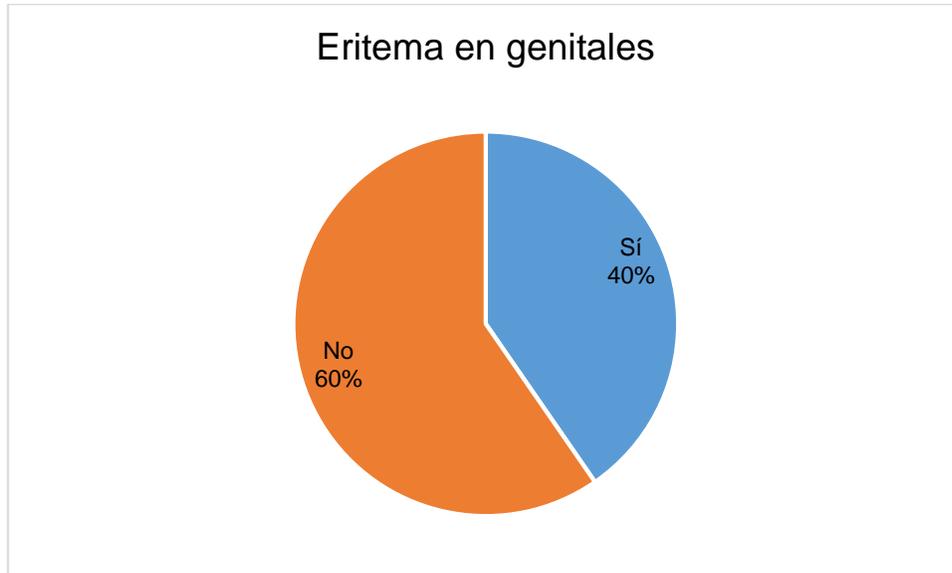
Fuente: Ítem 1 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: al realizarles el examen clínico del área genital a las usuarias con vaginosis se pudo corroborar que 69 de ellas presentaron evidencia de rasurado mientras que 35 no presentan.

Otra situación que se observó fue en algunas pacientes eritema vulvar posiblemente por el rasurado o el rascado.

Tabla 4.24 Observación de eritema en genitales

Eritema	Pacientes	Porcentaje
Si	42	40%
No	62	60%
Total	104	100%



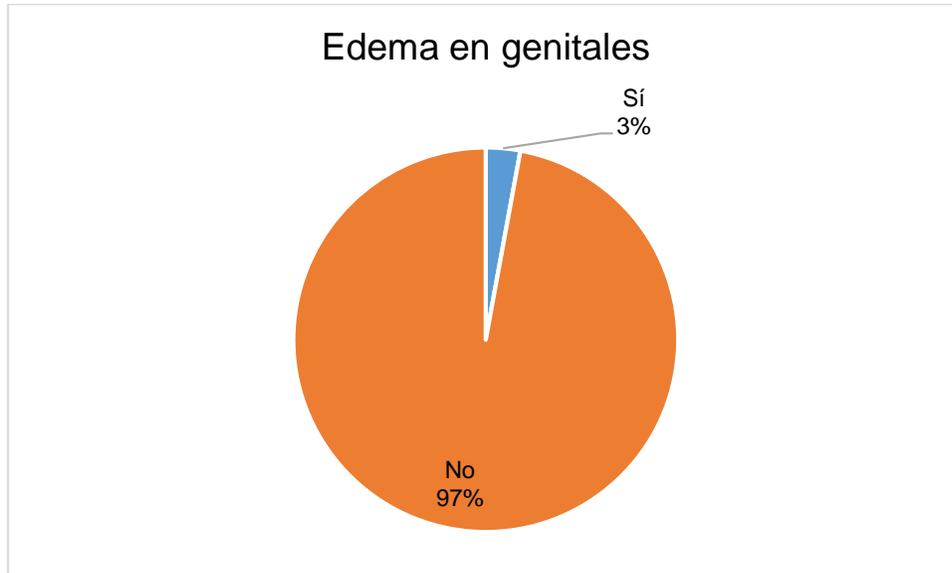
Fuente: Ítem 2 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: De 104 pacientes examinadas a 42 pacientes se les observó eritema en genitales con respecto a 62 que no lo presentaron.

Las manifestaciones dermatológicas en genitales no solo se debe a la presencia de rasurado o rascado sino también algunos síntomas como el prurito que algunas pacientes pueden presentar durante un cuadro clínico asociado a infecciones vaginales.

Tabla 4.25 Observación de edema en genitales

Edema	Pacientes	Porcentaje
Si	3	3%
No	101	97%
Total	104	100%



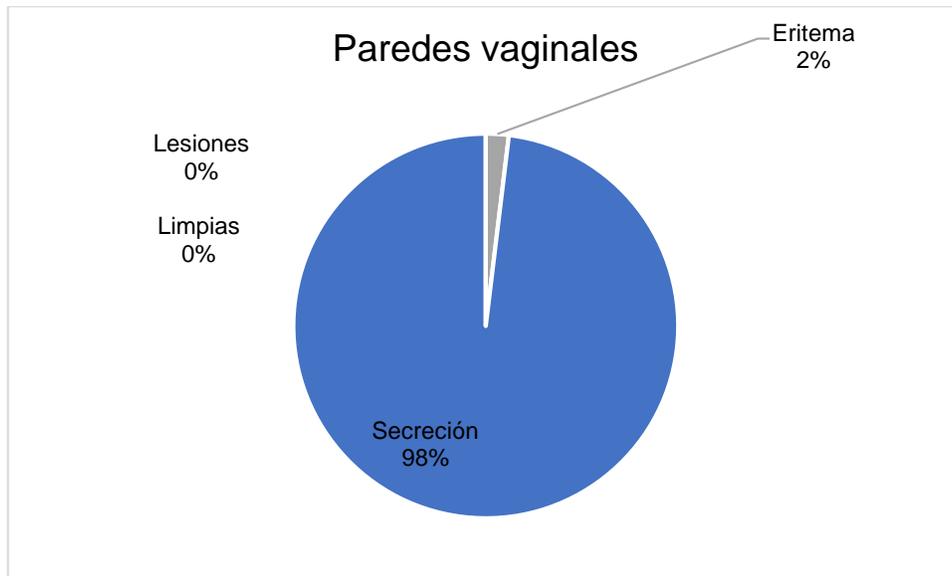
Fuente: Ítem 3 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: De 104 pacientes evaluadas, se observó que 101 no presento edema y en 3 de ellas si había edema en el área vulvar.

El edema de genitales es un síntoma poco frecuente durante la exploración genital de pacientes con infecciones vaginales pero que también se debe de tomar en cuenta y verificarlo en la exploración del área genital ya que puede estar relacionado con otra patología

Tabla 4.26 Observación de las paredes vaginales en las pacientes con vaginosis

Paredes vaginales	Pacientes	Porcentaje
Limpias	0	0
Eritema	2	2%
Secreción	102	98%
Lesiones	0	0
Total	104	100%



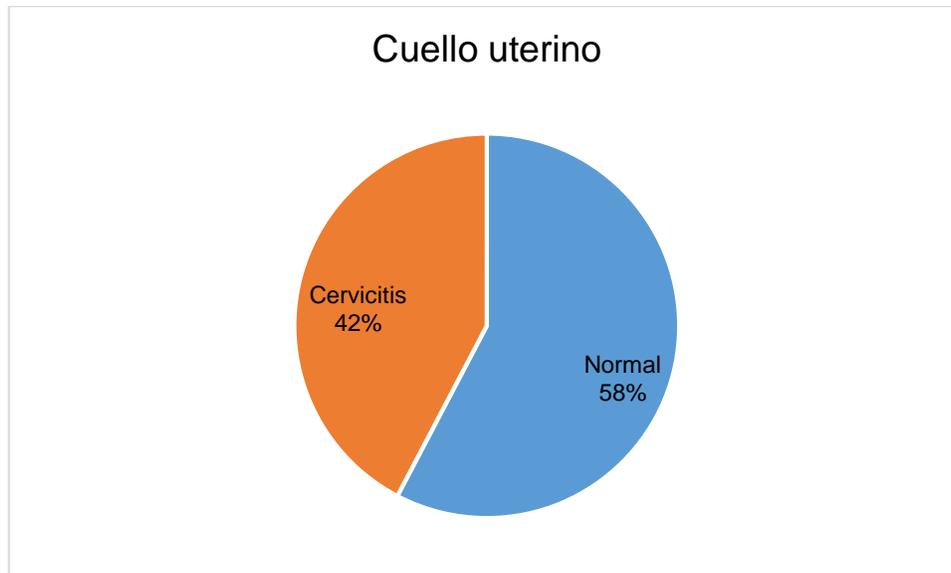
Fuente: Ítem 4 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: al observar las paredes vaginales mediante la utilización de especulo en las usuarias con vaginosis, 102 presentaron secreción y 2 pacientes que solo presentaban eritema.

La secreción vaginal es un signo más frecuente durante el curso clínico de infecciones vaginales sin importar su etiología, puesto es el motivo de consulta principal lo mismo que el prurito en el grupo de pacientes en estudio.

Tabla 4.27 Observación del cuello uterino en las usuarias con vaginosis

Cuello uterino	Pacientes	Porcentaje
Normal	60	58%
Cervicitis	44	42%
Total	104	100%



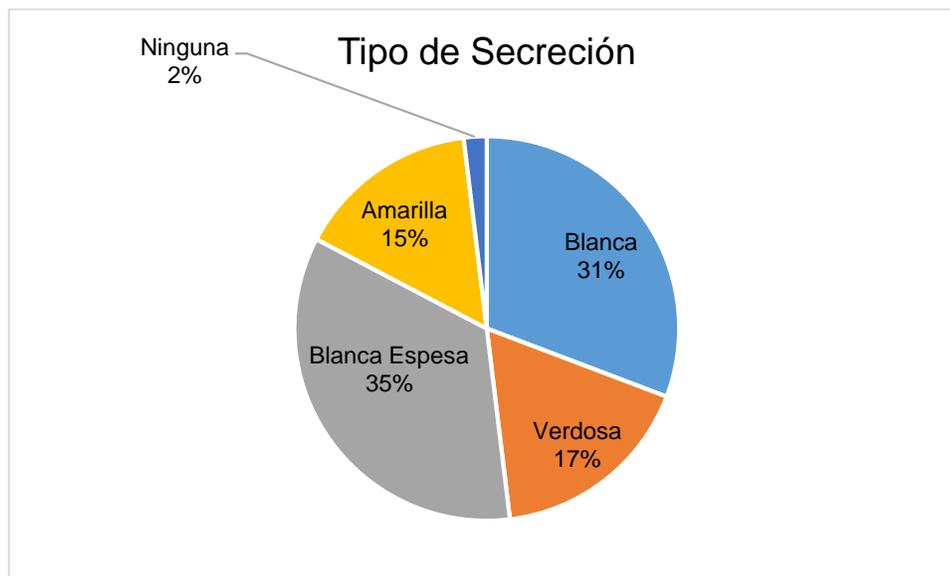
Fuente: Ítem 5 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: de las 104 pacientes examinadas, 60 pacientes mostraron a la observación un cuello uterino normal, y 44 muestran cervicitis, o inflamación del cuello uterino.

La mayoría de mujeres examinadas no muestran alteración en el cuello uterino, sin embargo no es una gran diferencia la marcada de las mujeres que se observó algún tipo de inflamación en el cérvix, 44 mujeres o sea el 42% que casi se acerca a la mitad, si presentaba cervicitis, y una de las causas conocidas es un flujo vaginal anormal, que se correlaciona con la presencia de una infección vaginal.

Tabla 4.28 Secreción observada en las usuarias con vaginosis

Secreción	Pacientes	Porcentaje
Blanca	32	31%
Verdosa	18	17%
Blanca espesa	36	35%
Amarilla	16	15%
Ninguna	2	2%
Total	104	100%



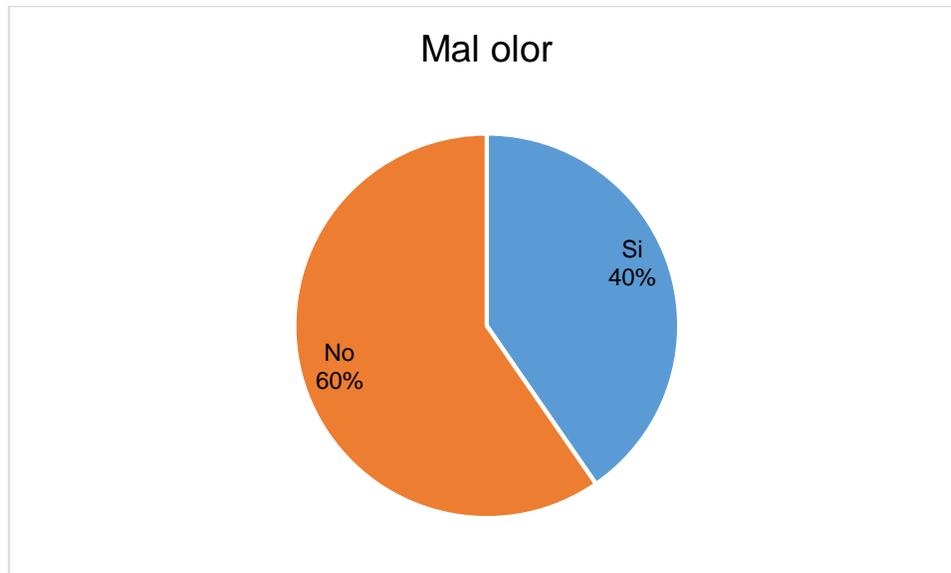
Fuente: Ítem 6 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: cuando se procedió a observar el tipo de secreción en las usuarias con vaginosis, se encontró que 32 presentan leucorrea blanca que corresponde al 31%, 18 secreción verdosa con un 17%, 36 secreción blanca espesa que corresponde al 35% y 16 presentan leucorrea amarilla que da un 17%. Además de 2 usuarias sin evidencia de secreción que representa el 2%.

La mayoría de mujeres al examen vaginal muestra una secreción blanca espesa que se podría relacionar con una infección vaginal por *Candida*, de acuerdo a la literatura. Luego en orden descendente el siguiente valor corresponde a leucorrea blanca que se puede asociar a una vaginosis bacteriana. Un igual número de mujeres presenta leucorrea verdosa y amarillenta que puede relacionarse a infección vaginal por *Trichomonas* o una vaginosis bacteriana. Esto evidencia la leucorrea en un síntoma característico en las vaginosis, por lo tanto hay que informar a la paciente sobre la aparición anormal de alguna secreción, debe acudir al centro de salud para su evaluación y tratamiento.

Tabla 4.29 Mal olor al examinar a las pacientes con vaginosis

Mal olor	Pacientes	Porcentaje
Si	42	40%
No	62	60%
Total	104	100%



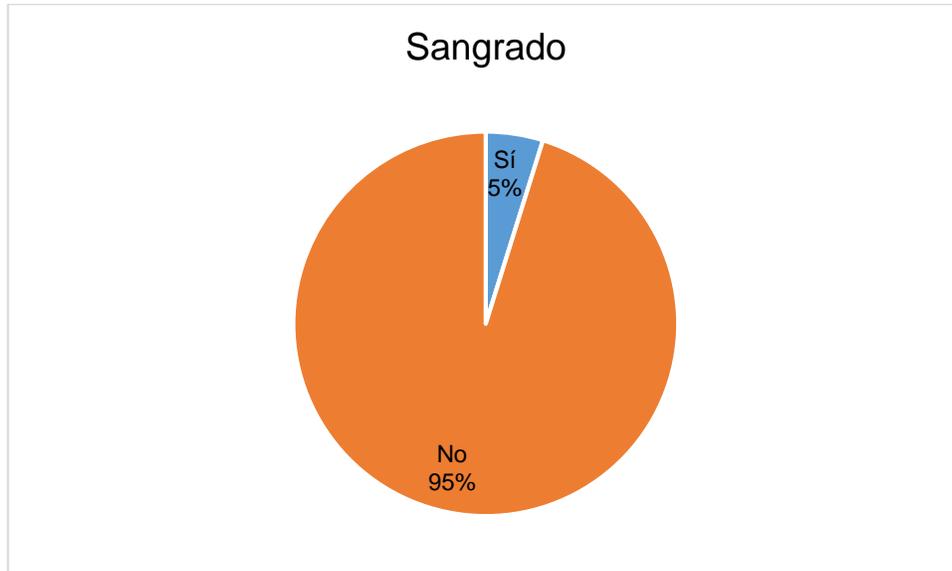
Fuente: Ítem 7 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: con respecto al olor de la secreción que se observó en las usuarias a 42 se les percibía leucorrea con mal olor, y 62 no se percibió mal olor.

Al 60% de las mujeres examinadas, es decir la mayoría, no se les percibió un mal olor a la hora del examen, sin embargo esto no quiere decir que no haya presencia de infección vaginal, ya que no es de regla que haya un olor fétido o distintivo en las infecciones vaginales, y además el mal olor puede deberse a factores como falta de higiene, uso de determinados productos y en algunos casos de infecciones vaginales.

Tabla 4.30 Presencia de sangrado en las pacientes con vaginosis

Sangrado	Pacientes	Porcentaje
Si	5	5%
No	99	95%
Total	104	100%



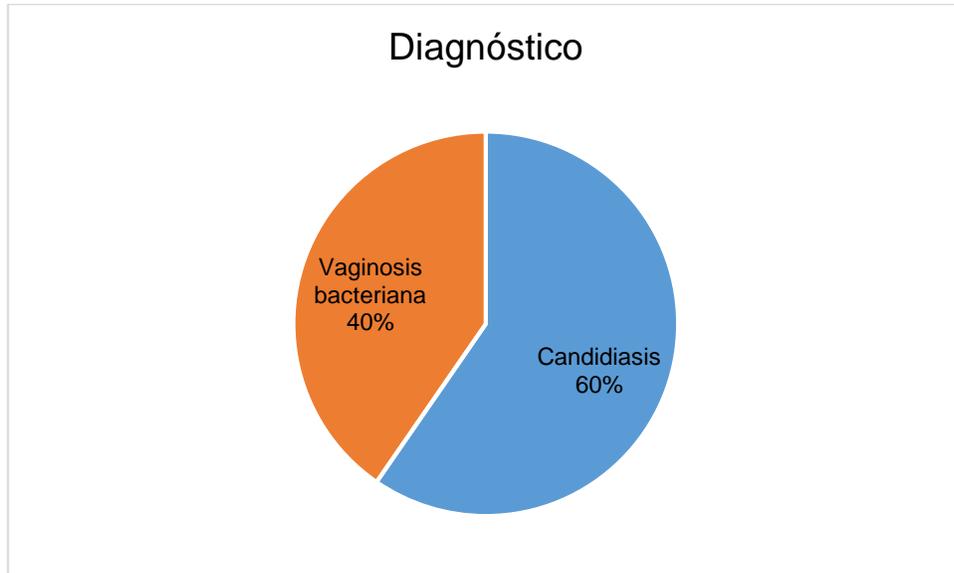
Fuente: Ítem 8 de la guía de observación

Análisis e Interpretación: al observar a las pacientes y verificar si hay sangrado a nivel vaginal se observó que solo 5 de ellas presentaban signos de sangrado el resto no había evidencia de ello

El 95% de pacientes examinadas no presentan ningún tipo de sangrado al examen vaginal, esto no significa que no haya presencia de una infección, si no que no hay una inflamación del cérvix o las paredes vaginales por la infección, que son las causas que pueden ocasionar un sangrado al realizar un examen vaginal.

Tabla 4.31 Diagnóstico luego de la observación de la paciente con vaginosis

Diagnóstico	Pacientes	Porcentaje
Candidiasis	62	60%
Vaginosis bacteriana	42	40%
Total	104	100%



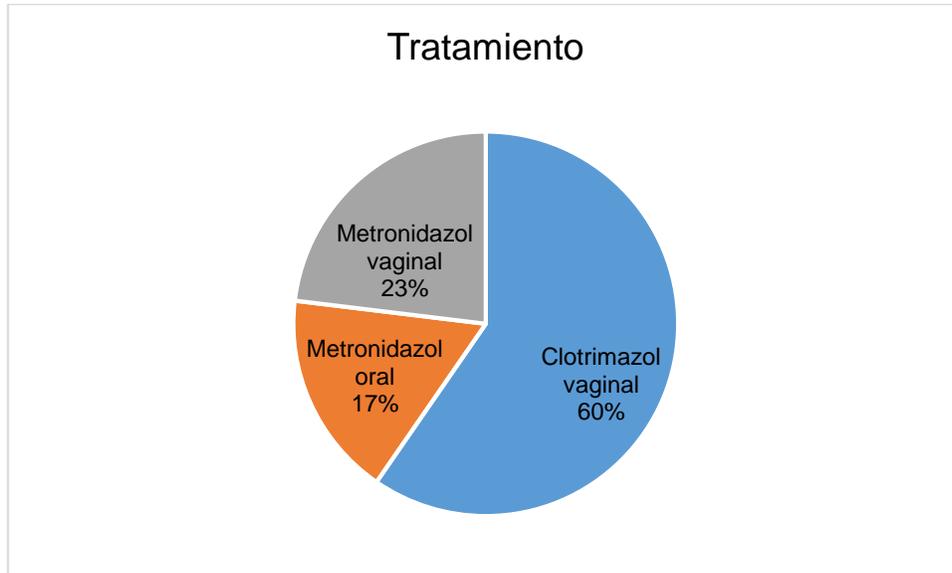
Fuente: Ítem 9 de la guía de observación

Análisis e interpretación: luego de realizar la observación y el examen pélvico de la usuaria que consulta se da el diagnóstico de infección por cándida a 62 pacientes que representa el 60% del total de examinadas y con vaginosis bacteriana a 42 mujeres que es el 40%.

Por el tipo de secreción, los síntomas que acompañan y las características de las paredes vaginales, la mayoría de pacientes que consultaron fueron diagnosticadas con candidiasis vaginal que es una infección por el hongo *Cándida albicans* especie más común, en segundo lugar una vaginosis bacteriana causada más frecuentemente por un desequilibrio entre la flora bacteriana normal.

Tabla 4.32 Tratamiento de la infección vaginal actual

Tratamiento	Pacientes	Porcentaje
Clotrimazol vaginal	62	60%
Metronidazol oral	18	17%
Metronidazol vaginal	24	23%
Total	104	100%



Fuente: Ítem 10 de la guía de observación

Análisis e interpretación: posterior al diagnóstico de la infección vaginal se brinda tratamiento a las pacientes a 62 pacientes se receta clotrimazol vaginal, a 18 pacientes se deja metronidazol en tabletas y a 24 usuarias con infección vaginal se les deja metronidazol vaginal.

Como la mayor parte de pacientes fueron diagnosticadas con infección por *Candida* se deja el tratamiento un antifúngico local, explicándole el uso correcto y la duración del tratamiento, a las pacientes con vaginosis bacterianas se les brinda tratamiento oral con metronidazol y otras con metronidazol vaginal, a ambos grupos de pacientes también se les explica cómo debe tomarse o aplicarse el medicamento y la duración de éste.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados del estudio factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar La Hachadura, Ahuachapán, de febrero a julio de 2019.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

En relación al perfil epidemiológico de la muestra de estudio se encontró que la mayor parte de mujeres con infecciones vaginales se encuentra entre las edades de 25 a 30 años la mayoría de ellas están acompañadas y un aproximado de 90 mujeres han cursado tanto la primaria como la secundaria además la mayor parte de entrevistadas han tenido de 1 a 3 hijos.

Con respecto al tipo de infecciones vaginales más frecuentemente encontradas en la muestra de estudio fue vulvovaginitis por candida ya que la mayor parte de pacientes presentaron características clínicas relacionadas con el flujo vaginal como: abundante secreción blanca como requesón, sin olor, acompañado de prurito vaginal y algunas manifestaron manifestar dispareunia, es de hacer notar que muchas de las pacientes evaluadas en este estudio han presentado infecciones vaginales previas a repetición, brindándoles tratamiento ya sea local o sistémico en muchas de ellas obteniendo mejoría. Entre los tratamientos más frecuentemente utilizados en los establecimientos de salud es el clotrimazol vaginal ya que forma parte del cuadro básico del MINSAL.

Uno de los aspectos importantes en la aparición de las infecciones vaginales son los hábitos higiénicos y las practicas básicas de salud, en este estudio el 100% de las usuarias realiza su baño diario, en cuanto a la limpieza del área genital la mayoría no lo realiza ni antes ni después de tener una relación sexual el cual puede ser un factor determinante para la aparición de infecciones vaginales sin embargo algunas pacientes manifestaron utilizar productos especiales para el aseo genital como jabones, shampoo, etc. Es de hacer notar que algunas de estos productos que no están dermatológicamente comprobados que pueden alterar la flora vaginal.

Otro elemento importante en la aparición de la infecciones vaginales es el rasurado y en este estudio se observó que en su mayoría las pacientes practican esta técnica

situación que vuelve también vulnerable para infecciones de tipo vaginal, también la utilización de ropa íntima como licra o encaje están relacionadas con estas infecciones ya que no permiten una transpiración adecuada de la piel sobre todo con las condiciones climáticas de la ubicación de la unidad de salud donde se realizó el estudio que es clima bastante cálido y húmedo.

En este sentido factores como el tipo de ropa interior, el rasurado, limpieza diaria se vuelven factores predisponentes en la aparición de infecciones vaginales.

RECOMENDACIONES

Realizar estrategias de intervención enfocadas en las mujeres en edad fértil sobre las características de infecciones vaginales más frecuentes.

Se recomienda realizar una buena historia clínica y un examen físico detallado con el objetivo de tener un diagnóstico clínico más certero con el objetivo de brindarle un tratamiento más adecuado.

Hacer énfasis en la consulta diaria, en la visita domiciliar sobre la importancia de los hábitos higiénicos y prácticas diarias de las mujeres en edad fértil como su baño diario, aseo del área genital antes y después de las relaciones sexuales, utilización de ropa interior de algodón y el no rasurado.

CRONOGRAMA

Actividad	Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Inscripción de Trabajo de Tesis			■																																	
Presentación de perfil de investigación								■																												
Aprobación de Perfil de Investigación												■																								
Realización de Protocolo													■	■	■	■																				
Presentación de Protocolo de investigación																■	■	■	■	■																
Presentación del informe Final																												■								
Defensa y Exposición																																■				
Recolección de Datos e información																																				
Reuniones con docente asesor de tesis		■				■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■		■	■	■				

BIBLIOGRAFÍA

- Hoffman, Schorg, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, Cunningham. (2014). WILLIAMS GINECOLOGÍA. México: McGraw Hill education.
- Cunningham, Leveno, Bloom, Spong, Dashe, Hoffman, Casey, Sheffield. (2015). WILLIAMS OBSTETRICIA. México: McGraw Hill education.
- Berek S. Jonathan. (2008). GINECOLOGÍA DE NOVAK. España: Lippincott Williams y Wilkins
- Testa. (2011). GINECOLOGÍA FUNDAMENTOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA. México: Editorial médica panamericana.
- L. Cabrero Roura. (2013). TRATADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. España: Editorial médica panamericana.
- Jaime Botero Uribe, Alfonso Jubizhazbún, Guillermo Henao. (2004). OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA TEXTO INTEGRADO. España: Fondo Editorial.
- Ronald S Gibbs, Beth Y. Karlan, Arthur F. Haney. (2009). OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE DANFORTH. España: Lippincott Williams And Wilkins. Wolters Kluwer Health.
- Ministerio de Salud, Dirección de regulación y legislación en salud. GUÍAS CLÍNICAS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. San Salvador, El Salvador, 2012.

- Ministerio de Salud, de El Salvador, LINEAMIENTOS TÉCNICOS PARA EL CONTROL DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. San Salvador, El Salvador, 2012.
- Mayo Clinic. Octubre, 25, 2016. VAGINITIS. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/vaginitis/symptoms-causes/syc-20354707>
- Mayo Clinic. Julio, 29, 2017. VAGINOSIS BACTERIANA. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bacterial-vaginosis/symptoms-causes/syc-20352279>

Anexos

Anexo 1. Encuesta



Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Medicina

Instrumento de Investigación

Tema: Factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Integral La Hachadura, Ahuachapán, Marzo a Julio 2019.

Objetivo : *Identificar Factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Integral La Hachadura, Ahuachapán, Marzo a Julio 2009.*

Indicación: *A continuación se le presenta un cuestionario, favor responder según estime conveniente marcando con una "X" su respuesta.*

PARTE I: DATOS GENERALES

1. Edad:
a) 25 a 30 años ____ b) 30 a 35 años ____

2. Estado civil:
a) Soltera ____
b) Acompañada ____
c) Casada ____
d) Viuda ____
e) N/R ____

3. Nivel educativo:
- a) Primaria ____
 - b) Secundaria ____
 - c) Bachillerato ____
 - d) Superior ____
 - e) no escolarizada ____

PARTE II: DATOS ESPECIFICOS

4. Número de embarazos:
- a) 1-3 ____
 - b) 4-6 ____
 - c) más de 6 ____
5. ¿Padece usted de alguna enfermedad crónica?
- a) Hipertensión arterial ____
 - b) Diabetes Mellitus ____
 - c) Síndrome convulsivo ____
 - d) Asma Bronquial ____
 - e) Enfermedad renal ____
 - f) Ninguna ____
6. ¿Utiliza algún método de planificación familiar?
- a) Si ____
 - b) No ____

Si su respuesta es Si conteste la pregunta 7; de lo contrario continúe en la pregunta 8

7. ¿Qué método de planificación ha utilizado?
- a) Orales ____
 - b) Inyectables ____
 - c) DIU ____
 - d) Preservativos ____
 - e) Ninguno ____
8. ¿El flujo vaginal tiene mal olor?
- a) Si ____
 - b) No ____

9. ¿Qué tipo de olor percibe?
- a) Pescado___
 - b) Lejía___
 - c) Ninguno___
10. ¿Qué color es el flujo vaginal?
- a) Amarillo___
 - b) Verde___
 - c) Grisáceo___
 - d) Blanco___
 - e) Ninguno___
11. ¿Tiene picazón vaginal?
- a) Si ___ b) No ___
12. ¿Presenta dolor al momento de tener relaciones sexuales?
- a) Si ___ b) No ___
13. ¿Ha tenido infecciones vaginales anteriormente?
- a) Si ___ b) No ___

Si su respuesta es SI conteste las siguientes 3 preguntas; de lo contrario continúe en la pregunta 17

14. ¿Le han dado tratamiento?
- a) Si ___ b) No ___
15. ¿Qué tipo de tratamiento ha utilizado?
- a) Crema vaginal___
 - b) Pastillas___
 - c) Otros. ___ Especifique_____
 - d) Ninguno___
16. ¿Ha cumplido el tratamiento en su totalidad?
- a) Si ___ b) No ___
17. ¿Cuántas veces toma un baño durante el día?
- a) 1vez ___
 - b) b) 2 a 3veces ___
 - c) c) más de 3veces ___
 - d) d) Ninguna vez ___

18. ¿se asea después de tener relaciones sexuales?

- a) Si ____ b) No ____

19. ¿Utiliza usted duchas vaginales?

- a) Si ____ b) No ____

20. ¿Qué tipo de jabón utiliza para lavar sus genitales?

- a) Jabón íntimo____
b) Shampoo____
c) Crema____
d) Otro____ Especifica _____
e) No utiliza____

21. ¿Usted se rasura sus partes genitales?

- a) Si ____ b) No ____

22. ¿Qué tipo de ropa interior ocupa?

- a) Algodón____
b) Seda____
c) Encaje____
d) Licra____
e) Otro____ Especifique _____
f) No utiliza____

MUCHAS GRACIAS POR HABER PARTICIPADO EN EL PRESENTE ESTUDIO.

*Tratamiento brindado en esta consulta:

Anexo 2. Consentimiento informado

Consentimiento informado para participantes de la investigación.

FACTORES RELACIONADOS CON INFECCIONES VAGINALES EN MUJERES DE 25 A 35 AÑOS EN UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR LA HACHADURA, AHUACHAPAN, DE FEBRERO A JULIO DE 2019.

El propósito de este documento es proveer la información y explicación de su participación en este estudio. La presente investigación es conducida por Rafael José Gálvez Zeceña, Álvaro Enrique Torres Alegría y Ana María Trujillo Interiano de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador.

La meta de que usted participe en este estudio es que nos ayude respondiendo a las diferentes preguntas del cuestionario que se le entregará durante su consulta médica, el cual deberá responder adecuadamente a cada interrogante. La participación en este estudio es completamente voluntaria y la información que se obtenga será confidencial y anónima, no se usará para ningún otro fin diferente al de este estudio. Su hoja de cuestionario será identificada con un código que no incluye ningún nombre, para que sea completamente anónima. Luego de analizar los datos y terminar la investigación, los cuestionarios no serán utilizados por ninguna otra persona y serán desechados de forma adecuada.

Si tiene dudas sobre el estudio o alguna interrogante, no dude en preguntar al médico que le proporcionó el cuestionario. Desde ya se le agradece su participación.

Acepto de forma voluntaria participar en este estudio, he sido informada previamente de sus objetivos y se me ha explicado el procedimiento a seguir. La información que brindare es completamente verídica, y será utilizada únicamente para esta investigación.

Firma del participante

Anexo 3. Guía de Observación

Universidad de El Salvador
Facultad Multidisciplinaria de Occidente
Departamento de Medicina

Guía de Observación

Tema: Factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Integral La Hachadura, Ahuachapán, Marzo a Julio 2009.

Objetivo : Identificar Factores relacionados con infecciones vaginales en mujeres de 25 a 35 años en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Integral La Hachadura, Ahuachapán, Marzo a Julio 2009.

Fecha: _____ Código _____

Indicación: A continuación se presenta una guía con diferentes ítems, debe encerrar en círculo de acuerdo a los hallazgos encontrados en la inspección que se realiza durante el examen físico de la mujer que consulta por infección vaginal.

Evidencia de rasurado	Sí	No		
Eritema en genitales	Si	No		
Edema en genitales	Sí	No		
Paredes vaginales	Limpias	Eritema	Secreción	Lesiones
Cuello uterino	Normal	Cervicitis		
Secreción	Blanca	Verdosa	Blanca espesa	Amarilla
Mal olor	Si	No		
Sangrado	Si	No		
Diagnóstico	Candidiasis	Vaginosis bacteriana		
Tratamiento	Clotrimazol vaginal	Metronidazol oral	Metronidazol vaginal	